BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XXVIII — 1902

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS — L. MARETHEUX, IMPRIMEUR
1, rue Cassette, 1

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS CHAQUE SEMAINE

(EXCEPTÉ PENDANT LES VACANCES DE LA SOCIÉTÉ)

par les soins des Secrétaires de la Société

M. PAUL SEGOND
Secrétaire général

ET

MM. P. BAZY ET G. FÉLIZET
Secrétaires annuels



TOME XXVIII — 1902

90029

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1902

STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859

TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Société

ARTICLE PREMIER

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de Chirurgie de Paris.*

ART. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

ART. 3.

Sont fondateurs de la Société :

MM. AUG. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine de Paris.

MM. G. MONOD, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

ALPH. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

MICHON, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

GUERSANT (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

DANYAU, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

LENOIR, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

MALGAIGNE, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. HUGUIER, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

PH. RIGAUD, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

NÉLATON, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

DENONVILLIERS, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

MAISONNEUVE, chirurgien du Bureau central des hôpitaux d Paris.

CHASSAIGNAC, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

CULLERIER, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

MARJOLIN (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

ART. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

ART. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35; celui des associés étrangers à 20; celui des correspondants nationaux à 125, et celui des correspondants étrangers à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.

ART. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires, seuls, peuvent faire partie du bureau.

ART. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou *en chirurgie*; 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

ART. 8.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande et obtiendront le consentement de la Société; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite signée de dix membres titulaires et sur l'avis favorable d'une commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

ART. 9.

Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et sur le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.

ART. 10.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

ART. 11.

Le bureau est ainsi composé :

Un président.
Un vice-président.
Un secrétaire général.
Deux secrétaires annuels.
Un bibliothécaire-archiviste.
Un trésorier.

ART. 12.

Le président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

ART. 13.

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ART. 14.

Le président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense, de concert avec le secrétaire général.

ART. 15.

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

ART. 16.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs sont subordonnées à l'autorisation du gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

ART. 17.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société ;

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux ; ce droit est fixé à 20 francs;

3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires; le montant en est fixé chaque année par la Société;

4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux;

5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement;

6° Du produit des publications;

7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir;

8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'Etat.

ART. 18.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des Séances et de la publication des travaux.

ART. 19.

La Société se réunit en séance toutes les semaines; les séances sont publiques. La Société suspend ses séances du premier août au premier mercredi d'octobre. La Société peut se former en comité secret.

ART. 20.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.

L'ordre du jour de la séance se compose :

1° D'un rapport fait par le président sur la situation morale et financière de la Société;

2° Du compte rendu par le secrétaire général ou l'un des secrétaires, délégué par le président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année;

3° De l'éloge des membres décédés;

4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

ART. 21.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du président et le compte rendu du secrétaire sont adressés à M. le ministre de l'instruction publique.

ART. 22.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

ART. 23.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

ART. 24.

Un règlement particulier, soumis à l'approbation du ministre de l'instruction publique, détermine les conditions d'administration intérieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

ART. 25.

Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'avec l'approbation du gouvernement.

ART. 26.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et la destination ultérieure des biens-fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

TITRE PREMIER.

Attributions du bureau.

ARTICLE PREMIER.

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10; enfin, il assure le maintien de l'ordre.

ART. 2.

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

ART. 3.

Le secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle; d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le

compte rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 20 des statuts.

Le secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des secrétaires annuels.

Les secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le secrétaire général.

ART. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ART. 5.

Le bibliothécaire est aussi le conservateur des archives; les livres, gravures, instruments, et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse tous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

ART. 6.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il signe, de concert avec le président et le secrétaire général, les bordereaux de dépense; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit à l'article 44.

TITRE II.

Des séances.

ART. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siège de la Société rue de Seine, n° 12.

ART. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement.

ART. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

ART. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

ART. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal;

2° Correspondance;

3° Lecture des rapports;

4° Lecture des travaux originaux;

5° Présentations de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre de travaux.

ART. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

ART. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du bureau; en cas de réclamation, la Société, consultée, prononce une décision.

Art. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

Art. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport soit verbal, soit écrit, selon son importance, et ainsi que le bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du bureau, la Société pourra la modifier. Si l'auteur publie son mémoire avant la lecture du rapport, ce rapport ne pourra avoir lieu devant la Société.

Art. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

Art. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

Art. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur; tout rapport écrit, dans un délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

Art. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du président; pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

Art. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

Art. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande, durant le cours de la discussion, pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

Art. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

Art. 24

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

Art. 25.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

Art. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

Art. 27.

En conséquence, le président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et, pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour proposé par un membre soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le président, après avoir consulté les autres membres du bureau, a le droit de lever la séance.

ART. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix les premières

ART. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées.

ART. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

ART. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du travail discuté au comité de publication; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

ART. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III

Comité secret.

ART. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

Art. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettre dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le président, sur l'avis du bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

Art. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

Art. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter, quel que soit leur nombre; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 66, 73 et 74 du règlement.

TITRE IV.

Recettes et dépenses.

Art. 37.

Le droit d'admission dans la Société est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

Art. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 17 des statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

Art. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année. Néanmoins, tout membre correspondant national

qui en fera la demande pourra être exempté de sa cotisation annuelle, moyennant une somme de 500 francs, qui sera versée par lui, en deux annuités de 250 francs chacune ou en une seule fois, entre les mains du trésorier de la Société, pour être jointe aux fonds disponibles de la Société et être placée en rentes sur l'État.

Art. 40.

Le trésorier fait recouvrer les amendes sans retard et porte en compte les frais de ces recouvrements.

Art. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le président et par les autres membres du bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

Art. 42.

Le trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent règlement.

Art. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

Art. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

Art. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

Art. 46.

Le trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite sur ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le président donne

au trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation de comptes ou du rapport fera encourir au trésorier ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

ART. 47.

Immédiatement après le renouvellement du bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au bibliothécaire-archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le président donne au bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au bibliothécaire ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux.

ART. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

ART. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1863 jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

ART. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans les délibérations.

ART. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

ART. 52.

Le comité de publication se compose du secrétaire général et des deux secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit à l'article 3.

ART. 53.

Les travaux imprimés de droit sont les mémoires et rapports dus aux membres titulaires, honoraires et correspondants de la Société. Par exception, et sur délibération expresse ratifiée par un vote rendu en séance publique, l'Assemblée pourra faire retrancher d'un mémoire ou rapport dû à un membre titulaire, honoraire ou correspondant certaines parties qui sembleraient n'avoir pas un caractère exclusivement scientifique.

L'Assemblée peut, sur la proposition du rapporteur, décider l'impression intégrale d'un mémoire adressé par une personne étrangère à la Société.

ART. 54.

Les manuscrits doivent être remis séance tenante au secrétaire annuel en fonctions. Celui-ci devra remettre, le lendemain de la séance, avant 10 heures du matin, à l'éditeur de la Société, les mémoires, rapports et procès-verbaux de discussion, classés et prêts pour l'impression, ainsi qu'il est dit aux articles 3 et 12.

ART. 55.

Ces *Bulletins et mémoires* sont publiés par fascicules hebdomadaires, paraissant avant la séance suivante. Le dernier fascicule contient la table analytique des matières et auteurs, dressée par les soins du secrétaire annuel en fonctions.

ART. 56.

Les auteurs des travaux publiés pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du bureau.

ART. 57.

Les élections du président, du vice-président, du secrétaire général, des secrétaires annuels, du bibliothécaire-archiviste et

des membres du Comité de publication ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Élections des titulaires.

ART. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

ART. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une Commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le secrétaire général aura remis à la Commission les pièces justificatives.

ART. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée sur le classement proposé, le rapport est renvoyé à la Commission pour supplément d'information. Si le désaccord persiste à la séance suivante, il est voté sur chaque candidat, si 10 membres en font la demande écrite, et l'Assemblée établit définitivement la liste de présentation. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Élections des correspondants.

ART. 61.

Le secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

ART. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après

l'examen des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

ART. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

ART. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une Commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette Commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

ART. 65.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, il sera procédé comme il est dit à l'article 60. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Radiations.

ART. 66.

En cas d'indignité, résultant d'une faute grave de droit commun ou professionnelle, une Commission spéciale, réunie par le bureau, pourra proposer la radiation d'un membre titulaire, associé ou correspondant.

Cette Commission sera composée, outre les membres du bureau, de cinq membres titulaires et honoraires élus au scrutin de liste, en comité secret, par les membres titulaires et honoraires convoqués spécialement à cet effet.

Quinze jours après le dépôt du rapport de la Commission, la Société, prévenue par convocation spéciale, vote au scrutin secret sur la proposition de la Commission.

L'intéressé a le droit de présenter ses explications, soit verbalement, soit par écrit, tant à la Commission que devant la Société.

La présence de la moitié plus un des membres titulaires de la Société est nécessaire pour la validité de la délibération. La radia-

tion ne peut être prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

En cas d'insuffisance du nombre des votants, le scrutin sera recommencé à la séance suivante, après une nouvelle convocation, sans que cette fois il soit nécessaire de réunir un nombre de votants déterminé.

Dans ce cas encore, la radiation ne sera prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

TITRE IX.

Concours et prix.

ART. 67.

La Société décerne tous les ans les prix résultant des dons particuliers qui lui ont été faits. Elle se conforme aux intentions des donateurs.

ART. 68.

Les membres titulaires et honoraires sont exclus de ces concours.

ART. 69.

Lorsque l'anonymat est exigé, les mémoires doivent porter une épigraphe apparente; le nom et l'adresse de l'auteur sont dans une enveloppe soigneusement cachetée, sur laquelle est répétée l'épigraphe.

ART. 70.

Les mémoires sont renvoyés, pour chaque prix proposé, à une Commission de trois membres, élus en séance publique et au scrutin de liste.

ART. 71.

Cette Commission fait son rapport en comité secret et soumet son jugement à la ratification de la Société. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, une nouvelle Commission sera nommée.

TITRE X.

Séances annuelles.

ART. 72.

La séance annuelle a lieu le troisième mercredi de janvier. Le Bureau de l'année révolue est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'article 20 des statuts.

TITRE XI.

Revision du règlement.

ART. 73.

Toute proposition tendant à modifier le règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette Commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si, la moitié au moins des membres titulaires étant présents, elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

ART. 74.

Toute proposition tendant à modifier les statuts devra être signée de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la Commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires ou honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y sera obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du gouvernement, conformément à l'article 25 des statuts.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de cinq prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy, le prix Demarquay et le prix Ricord; *les deux premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix Duval a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir : les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1896 jusqu'au 1er novembre de l'année 1897 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1897. Par la bienveillance de M. le Dr Marjolin, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard Laborie a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes : « Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1902

Président	MM. BOUILLY.
Vice-Président.	KIRMISSON.
Secrétaire général	PAUL SEGOND.
Secrétaires annuels.	BAZY et FELIZET
Trésorier	WALTHER.
Archiviste.	A. BROCA.

MEMBRES HONORAIRES

10 février 1897 . .	MM.	Anger (Théophile), titulaire de.	1876
3 mai 1899 . . .		Berger, titulaire de.	1878
26 juillet 1893 . .		Chauvel, titulaire de	1882
19 octobre 1887. .		Cruveilhier, titulaire de.	1868
14 décembre 1898.		Delens, titulaire de.	1877
5 mai 1886. . . .		Duplay, titulaire de.	1868
28 mars 1886. . .		Guéniot, titulaire de.	1868
22 novembre 1882.		Guyon (Félix), titulaire de.	1863
3 mars 1886. . .		L. Labbé, titulaire de	1865
23 janvier 1889. .		Lannelongue, titulaire de	1872
19 mai 1897 . . .		L. Championnière	1875
17 février 1892 . .		Le Dentu, titulaire de.	1873
4 mai 1898. . . .		Monod, titulaire de	1880
26 mai 1888. . . .		Panas, titulaire de.	1865
9 juillet 1879. . .		Paulet, titulaire de	1868
13 mars 1895. . .		Perier, titulaire de	1875
3 mai 1893 . . .		Polaillon, titulaire de	1873
7 février 1900 . .		Pozzi (S.), titulaire de.	1881
26 février 1901 . .		Richelot, titulaire de.	1882
27 octobre 1886. .		Marc Sée, titulaire de.	1868
28 novembre 1894.		Terrier, titulaire de.	1874
12 novembre 1890.		Tillaux, titulaire de.	1866

MEMBRES TITULAIRES

26 juillet 1899 . .	MM.	ALBARRAN.
12 juin 1890. . . .		BAZY.
20 décembre 1899.		BEURNIER.
12 mars 1884. . .		BOUILLY.
18 décembre 1895.		BROCA (Aug.).
29 mai 1889 . . .		BRUN.
13 décembre 1893.		CHAPUT.
21 juin 1898 . . .		DELBET.
9 mars 1892. . .		DELORME.
9 mai 1900 . . .		DEMOULIN.
26 avril 1891 . . .		FÉLIZET.
16 février 1898. .		GUINARD.
10 mars 1897. . .		HARTMANN.
10 juin 1896 . . .		HENNEQUIN.
12 décembre 1888.		JALAGUIER.
30 décembre 1885.		KIRMISSON.
21 mai 1901 . . .		LEGUEU.
22 juillet 1896. . .		LEJARS.
4 décembre 1889.		MARCHANT (Gérard).
10 mai 1893. . . .		MICHAUX.
29 juillet 1887. . .		NÉLATON.
9 juin 1886 . . .		PEYROT.
14 décembre 1892.		PICQUÉ.
27 mars 1895. . .		POIRIER.
10 mai 1887 . . .		QUÉNU.
16 juin 1897 . . .		POTHERAT.
15 février 1899 . .		ROCHARD.
18 avril 1883 . . .		RECLUS.
4 janvier 1888. .		REYNIER (P.).
18 juillet 1894. . .		RICARD.
11 juillet 1888. . .		ROUTIER.
1er décembre 1886.		SCHWARTZ.
9 février 1887 . .		PAUL SEGOND.
22 juin 1892. . . .		TUFFIER.
22 avril 1896 . . .		WALTHER.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX

MM. Auffret, marine.
Baizeau, armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux
Barette, à Caen.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Boursier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Braquehaye, à Bordeaux.
Brault, à Alger.
Brousse, armée.
Broussin, à Versailles.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Buffet, à Elbeuf.
Cahier, armée.
Carlier, à Lille.
Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Rouen.
Cerné, professeur de clinique à l'École de Rouen.
Chalot, professeur à la Faculté de Toulouse.
Chapplain, professeur à l'École de Marseille.
Chavannas, agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Chavasse, armée.
Chevassu, armée.
Chénieux, professeur à l'École de Limoges.
Choux, armée.
Chupin, armée.
Claudot, armée.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de Marseille.
Dardignac, armée.
Dauvé, armée.
Dayot, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes.
Defontaine, au Creusot.
Delacour, directeur de l'École de Rennes.

MM. Delagenière, au Mans.
Delagenière (Paul), professeur à l'École de médecine de Tours.
Delanglade, professeur suppléant à l'Institut de Marseille.
Delore, ex-chirurgien-major de la Charité, à Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Demmler, armée.
Denucé, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Dieu, armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubourg, à Bordeaux.
Dudon, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Étienne, à Toulouse.
Ferraton, armée.
Février, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Fontan, professeur à l'École de Toulon.
Forgue, professeur à la Faculté de Montpellier.
Gaujot, armée.
Gayet, professeur à la Faculté de Lyon.
Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins.
Gripat, professeur à l'École d'Angers.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Guermonprez, professeur à la Faculté libre de Lille.
Hache, professeur à la Faculté de Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Jude), à Rouen.
Hue (François), professeur suppléant à l'École de Rouen.
Imbert, agrégé à la Faculté de Montpellier.
Jouon, professeur à l'École de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Larger, à Maisons-Laffite.
Latouche, à Autun.
Le Clerc, à Saint-Lô.
Lemaître, à Limoges.
Linon, armée.
Loison, armée.
Malapert, à Poitiers.
Malherbe fils, professeur à l'École de Nantes.
Martin (A.), professeur à l'École de médecine de Rouen.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.

MM. Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck.
Mignon, armée.
Monod (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Monprofit, professeur suppléant à l'École d'Angers.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Moty, médecin principal de l'armée.
Mouchet, à Sens.
Nepveu, professeur à l'École de Marseille.
Nimier, armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Pauchet, à Amiens.
Pauzat, armée.
Peugniez, professeur à l'École d'Amiens.
Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille.
Piéchaud, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Poisson, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Poncet (A.), professeur à la Faculté de Lyon.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Reboul, à Nîmes.
Robert, armée.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux (Gabriel), professeur suppléant à l'École de Marseille.
Sieur, armée.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Schmidt, armée.
Silbert, à Aix.
Tachard, armée.
Tédenat, professeur à la Faculté de Montpellier.
Témoin, à Bourges.
Toubert, armée.
Turgis, à Falaise.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Villar, à Bordeaux.
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux, à Marseille.
Vincent, professeur à l'École d'Alger.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

2 février 1898. .	MM.	Annandale, Édimbourg.
11 août 1875 . . .		Bowmann, Londres.
4 janvier 1888. .		Bryant (Th.), Londres.
11 janvier 1893. .		Cheever, Boston.
29 janvier 1902. .		Czerny, Heidelberg.
17 janvier 1900. .		Esmarch, Kiel.
4 janvier 1888. .		Holmes (Th.), Londres.
2 février 1898 . .		Julliard, Genève.
16 janvier 1901. .		Keen, Philadelphie.
janvier 1880. .		Lister, Londres.
10 janvier 1877. .		Longmore, Netley-Southampton.
16 janvier 1901. .		Mac Burney, New-York.
17 janvier 1900. .		Mac Ewen, Glascow.
16 janvier 1901. .		Maydl, Vienne.
20 janvier 1886. .		Reverdin (J.), Genève.
13 janvier 1892. .		Rossander (C.), Stockholm.
21 janvier 1885. .		Sklifossowsky, Moscou.
13 janvier 1892. .		Slawianski (K. de), Saint-Pétersbourg.
12 janvier 1887. .		Thompson, Londres.
20 janvier 1886. .		Tilanus, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

---

22 janvier 1896. . MM. Bayer, Prague.
3 janvier 1892. . Bloch (O.), Copenhague.
2 février 1898 . . Bobroff, Moscou.
17 septembre 1851. Borelli, Turin.
16 janvier 1901. . Bradford, Baltimore.
2 février 1898 . . Bruns, Tübingen.
29 janvier 1902. . Bull, New-York.
4 janvier 1888. . Ceccherelli (A.), Parme.
4 janvier 1889 . . Chiene, Édimbourg.
10 janvier 1894. . Demosthen (A.), Bucharest.
16 janvier 1895 . . Durante (Fr.), Rome.
29 janvier 1902. . Von Eiselsberg, Vienne.
9 janvier 1879. . Galli, Lucques.
13 janvier 1864. . Gherini, Milan.
2 février 1898 . . Girard, Berne.
9 janvier 1879 . . Gritti, Milan.
3 janvier 1865 . . Gurlt (E.). Berlin.
16 janvier 1895. . Horsley, Londres.
2 janvier 1865. . Humphry (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862. Hutchinson (J.), Londres.
21 janvier 1891 . . Jamieson (Alex.), Shanghaï.
17 janvier 1900 . . Jonesco, Bucharest.
29 janvier 1902. . Kelly, Baltimore.
13 janvier 1892. . Kocher, Berne.
13 janvier 1892 . . Kouzmine, Moscou.
21 janvier 1891 . . Kummer, Genève.
20 janvier 1897. . Lardy, Constantinople.
2 février 1898 . . Levchine, Russie.
16 janvier 1884 . . Lucas (Clément), Londres.
11 janvier 1893. . Martin (Édouard), Genève.
17 janvier 1900. . Matlakowsky, Varsovie.

17 janvier 1900. . MM. Mayo-Robson, Leeds.
22 janvier 1896. . Mikulicz, Breslau.
21 janvier 1891. . De Mooy, La Haye.
3 janvier 1883. . Mosetig-Moorhof, Vienne.
22 janvier 1896. . Murphy, Chicago.
20 janvier 1897. . Novaro, Bologne.
17 janvier 1900. . Paci, Pise.
8 janvier 1868. . Pemberton, Birmingham.
15 janvier 1890. . Pereira-Guimaraès, Rio-Janeiro.
21 janvier 1885. . Plum, Copenhague.
22 janvier 1896. . Ratimoff, Saint-Pétersbourg.
12 janvier 1887. . Reverdin (A.), Genève.
6 juillet 1859. . . Ried, Iéna.
21 janvier 1891. . Romniceanu, Bucarest.
7 janvier 1880. . Rose (Edm.), Berlin.
11 août 1875 . . . Rouge, Lausanne.
25 janvier 1890. . Roux, Lausanne.
17 janvier 1900. . Rydygier, Lemberg.
7 janvier 1880. . Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862. Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885. . Saltzmann, Helsingfors.
11 janvier 1893. . Saxtorph, Copenhague.
16 janvier 1901. . Schede, Bonn.
20 mars 1867. . . Simon (John), Londres.
16 janvier 1901. . Sneguireff, Moscou.
16 janvier 1895. . Sonnenburg, Berlin.
17 janvier 1900. . Souchon, Nouvelle-Orléans.
21 janvier 1885. . Stimson (Lewis A.), New-York.
21 janvier 1885. . Studsgaard, Copenhague.
31 décembre 1862. Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862. Testa, Naples.
20 janvier 1886. . Thiriar, Bruxelles.
10 janvier 1894. . Thornton, Londres.
11 janvier 1893. . Vlaccos, Mytilène.
11 janvier 1893. . Wier, New-York.
13 janvier 1892. . Ziembicki, Lemberg (Galicie).

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

1844. MM. A. Bérard.
1845. Michon.
1846. Monod père.
1847. Lenoir.
1848. Robert.
1849. Cullerier.
1850. Deguise père.
1851. Danyau.
1852. Larrey.
1853. Guersant.
1854. Denonvilliers.
1855. Huguier.
1856. Gosselin.
1857. Chassaignac.
1858. Bouvier.
1859. Deguise fils.
1860. Marjolin.
1861. Laborie.
1862. Morel-Lavallée.
1863. Depaul.
1864. Richet.
1865. Broca.
1866. Giraldès.
1867. Follin.
1868. Legouest.
1869. Verneuil.
1870. A. Guérin.
1871. Blot.
1872. Dolbeau.
1873. Trélat.
1874. MM. Maurice Perrin.
1875. Le Fort.
1876. Houel.
1877. Panas.
1878. Félix Guyon.
1879. S. Tarnier.
1880. Tillaux.
1881. de Saint-Germain.
1882. Léon Labbé.
1883. Guéniot.
1884. Marc Sée.
1885. S. Duplay.
1886. Horteloup.
1887. Lannelongue.
1888. Polaillon.
1889. Le Dentu.
1890. Nicaise.
1891. Terrier.
1892. Chauvel.
1893. Ch. Perier.
1894. L.-Championnière.
1895. Th. Anger.
1896. Ch. Monod.
1897. Delens.
1898. Berger.
1899. Pozzi.
1900. Richelot.
1901. Paul Reclus.
1902. G. Bouilly.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René DUVAL et René MARJOLIN, fondateurs d'un prix annuel de 300 fr.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme HUGUIER, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

RICORD, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

DUBRUEIL (de Montpellier), donateur d'une somme de 15.000 francs.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron LARREY, — Ch. NÉLATON, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Paris. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives de médecine et de chirurgie spéciales. — Archives de médecine et de pharmacie militaires. — Archives provinciales de chirurgie. — Archives de stomatologie. — Bibliographia medica. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. — Bulletin médical. — Le Caducée. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie. — France médicale. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. — Gazette des hôpitaux. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — La Presse médicale. — Progrès médical. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue d'orthopédie. — Revue de stomatologie. — Tribune médicale.

Province. — Annales de la policlinique de Bordeaux. — Archives médicales de Toulouse. — Bulletin de la Société de médecine de Rouen. — Bulletin de la Société centrale de médecine du département du Nord. — Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon. — Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest (Rennes). — Bulletin des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais. — Le Centre médical et pharmaceutique (Commentry). — Comptes rendus des travaux de la Société de médecine de Nancy. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Nantes. — Gazette médicale de Picardie. — Limousin médical. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Recueil des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône. — Revue médicale de l'Est. — Touraine médicale. — Union médicale du Nord-Est.

Etranger. — Annals of Surgery (Philadelphie). — Archiv für klinische Chirurgie (Berlin). — British medical Journal (Londres). — Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin de la Société des sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg. — Bulletin of the Johns Hopkins Hospital (Baltimore). — Bulletin médical de Québec. — Cirurgia Contemporanea (Mexico). — Gazette médicale de Strasbourg. — Johns Hopkins Hospital Reports (Baltimore). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie. — Mittheilungen aus der medicinischen Facultät der Kaiserlich-Japonischen Universität (Tokio). — Nordiskt medicinkst Arkiv. (Stockholm). — Revista de medicina y cirurgia (Barcelone). — Revista de chirurgie (Bucarest). — Revue médicale de la Suisse romande. — Transactions of the American orthopedic association (Philadelphie). — Transactions of the pathological Society (Londres). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres). — Transactions of the American surgical association (Philadelphie).

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 8 JANVIER 1902

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Potherat qui, retenu par la maladie de l'un des siens, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3°. — Une lettre de M. Louis Thomas (de Tours) qui donne sa démission de membre correspondant de la Société ;

4°. — M. Broca dépose sur le bureau deux travaux de M. Albert Martin (de Rouen). L'un est intitulé : *Kyste hydatique du foie* ; l'autre : *Fistule pelvi-rectale supérieure.*
Les deux travaux de M. Martin sont renvoyés à une commission dont M. Broca est nommé rapporteur ;

5°. — M. Tuffier dépose sur le bureau un travail de M. Kallionzis (d'Athènes) intitulé : *Tolérance de l'œsophage aux corps étrangers*, et un travail de M. Socrate Tsakona (d'Athènes), intitulé : *Fourchette dans l'estomac; gastrotomie, extraction, guérison.* Ces deux

travaux sont renvoyés à une commission et M. TUFFIER est nommé rapporteur.

M. GUINARD dépose sur le bureau le volume contenant les procès-verbaux, mémoires et discussions du *XIVe Congrès de chirurgie*, Paris, 1901, publiés sous sa direction.
Le Président remercie M. Guinard au nom de la Société.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dépose sur le bureau un volume de M. le Dr PACHECO MENDÈS, intitulé : *Etudes de clinique chirurgicale.* — Des remerciements sont adressés à l'auteur.

M. le PRÉSIDENT annonce à la Société que M. DENUCÉ (de Bordeaux), membre correspondant, assiste à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la duodénostomie.

M. TUFFIER. — J'ai eu l'occasion de faire la duodénostomie, il y a déjà une dizaine d'années, dans un cas de sténose pylorique cicatricielle consécutive à une brûlure par caustique. Voici cette observation :

B... (Narcisse), vingt-six ans, avale, par imprudence, le 11 avril 1892, de l'acide chlorhydrique. Croyant boire du rhum, il boit à la régalade et ne s'aperçoit de sa méprise qu'après avoir déjà dégluti une gorgée de liquide. Sensation de brûlure dans tout le tube digestif jusqu'à l'intestin, douleurs de ventre horribles qui le font se rouler à terre. Pendant deux jours, les douleurs furent très vives, puis elles se calmèrent; durant cette première période, vomissements de sang, sous forme de caillots, selles fréquentes, en diarrhée, le premier jour avec beaucoup de sang. Un médecin, appelé dès la première heure, ordonne de la glace *intus* et *extra*. Le lendemain, le malade entre à Lariboisière et y reste huit jours. Régime lacté absolu, bien supporté. Au bout d'une semaine, bouillon et vin; mais celui-ci détermine de fortes et douloureuses brûlures. Le malade sort de l'hôpital le 20 avril et, pendant huit jours, il boit et mange comme tout le monde; il recommence même à travailler. Puis il se met à vomir le vin et, bientôt après, ses repas; il est obligé de cesser son travail. Malgré des régimes successifs, les vomissements continuent sans relâche, lui faisant rejeter tous ses repas. Enfin, le 13 mai, le malade se décide à entrer à l'hôpital chez M. Millard qui, le 19, le fait passer dans le service de M. Théophile Anger que je suppléais alors.

Au moment de son entrée, le malade est dans un état de grande faiblesse, faute de nourriture. Il a maigri, dans ce laps de temps, de 12 kilogrammes (poids, 60 kilog. avant le 11 avril, 48 kilog. le 19 mai). Face émaciée, terreuse; membres d'une maigreur extrême; ventre creux, rétracté, dur. Langue sale. Pas d'ulcérations dans la bouche ni dans le pharynx. Pas de sténose œsophagienne. La palpation du ventre, non douloureuse, ne donne absolument aucun renseignement. Température du malade, 35°3.

Malgré l'hypothermie, je me décide à intervenir, car la mort par inanition est imminente.

Le 20 mai 1892, je pratique la laparotomie. Je tombe sur un estomac fortement distendu qui, au niveau du pylore, sur une étendue de 5 centimètres au moins, présente un épaississement fibreux, très dur, qui semble être l'obstacle à l'issue des aliments. J'attire ce point de l'estomac dans la plaie abdominale, où je le fixe par une couronne de points de suture. Puis à ce niveau, c'est-à-dire dans la région pyloro-duodénale, je fais une incision au bistouri; je puis me convaincre ainsi que le rétrécissement pylorique est à peu près complet. J'essaye de le dilater, d'abord par le passage de sondes de calibre successivement croissant, puis à l'aide des doigts; mais je suis bientôt obligé de constater que je n'obtiens aucun résultat appréciable. Je fends la région duodénale. J'introduis alors par l'ouverture duodéno-pylorique et je glisse dans le duodénum un drain de 25 centimètres de long que je fixe par son extrémité libre à la plaie cutanée et qui est destiné à alimenter le malade. Je termine l'opération, qui a duré une heure, en suturant la muqueuse pyloro-duodénale à la peau.

Le malade mourut dans la soirée qui suivit l'opération.

L'autopsie montra qu'il n'y avait aucune lésion dans le pharynx ni dans l'œsophage. L'estomac n'était ni épaissi, ni ulcéré. Le pylore était occupé par un tissu scléreux, ulcéré par endroits, qui le rétrécissait presque totalement; ce tissu de cicatrice s'étendait sur une certaine partie du duodénum qui présentait également une ulcération en anneau tellement profonde, qu'en tirant légèrement sur les parties, l'estomac et le duodénum se séparèrent avec la plus grande facilité.

L'observation que je viens de vous rapporter n'a rien de bien intéressant par elle-même. J'ai cependant cru devoir vous la signaler pour la rapprocher de celle de M. Hartmann et vous montrer que j'ai pratiqué il y a dix ans déjà l'opération qu'il nous a décrite dans une de nos dernières séances. Est-il besoin d'ajouter que les cas du genre de celui que j'ai opéré ne sont plus justiciables aujourd'hui de la duodénostomie, mais de la gastro-entérostomie? Si, à cette époque, cette dernière opération avait été mieux connue et réglée, nul doute que je n'y eusse recouru, car elle permet au moins le drainage de l'estomac. Aujourd'hui, les indications de la duodénostomie me semblent devoir être

très rares et il faut un estomac bien malade pour qu'il soit impossible d'y trouver le moindre espace où placer une nouvelle bouche gastro-intestinale.

Rapport.

Perforation intestinale consécutive à un étranglement herniaire; réduction par le taxis. Péritonite diffuse. Laparotomie. Suture de la perforation, guérison, par M. le Dr Morestin, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Rapport de M. GUINARD.

Le titre de cette observation montre qu'il s'agit encore ici d'un méfait du taxis. Vous n'attendez pas de moi, je pense, une nouvelle philippique contre le taxis, qui a été trop longtemps un de ces morts « qu'il faut qu'on tue ».

Actuellement, il est de chirurgie courante de dire qu'en présence d'une hernie étranglée le traitement de douceur est la kélotomie, alors que le taxis n'est qu'une méthode aveugle et dangereuse, un « procédé de force ». Depuis que ces idées se sont répandues, on ne voit plus que bien rarement ces sphacèles herniaires, ces désastres des réductions en masse, ces phlegmons herniaires qui rendaient la hernie étranglée si périlleuse. Cependant, si le taxis prolongé n'est plus jamais pratiqué par le médecin, il faut compter avec la pusillanimité et l'ignorance des malades qui, en dehors du médecin, font parfois de violents efforts de réduction. J'ai publié, dans la thèse de mon élève M. Groll (Paris, 1895), l'histoire d'une malade que j'opérai d'une hernie gangrenée et qui me disait avant l'opération « qu'elle avait passé une partie de la nuit à essayer de faire rentrer sa hernie » et à « taper dessus à coups de poing ». Vous allez voir pourtant que dans l'observation de M. Morestin, c'est le médecin lui-même qui a pratiqué le taxis et opéré la réduction. Voici, d'ailleurs, le résumé de cette intéressante observation :

Un homme de quarante ans est apporté, le 23 novembre 1899, à Saint-Louis, dans le service de M. Richelot. Porteur d'un bandage herniaire depuis des années, il sentit sa hernie sortir sous le bandage pendant une quinte de toux, le 21 novembre. Ne pouvant faire rentrer cette hernie, et après avoir vomi et souffert toute la journée et toute la nuit, il appelle un médecin après quarante-huit heures écoulées. Le médecin pratique le taxis et arrive à

réduire la tumeur. Mais le malade, soulagé momentanément, est aussitôt repris de vomissements et de vives douleurs; en quelques heures, son état est devenu des plus alarmants. M. Morestin le trouve à l'hôpital avec le facies grippé, les traits tirés, les yeux cernés, la respiration anxieuse et rapide, le pouls à 140, la voix éteinte, le ventre distendu, météorisé, etc... ; bref, il présentait le tableau des infections péritonéales suraiguës, avec vomissements fécaloïdes, suppression des gaz et des matières. Les régions herniaires étaient nettes. Pour l'anneau inguinal gauche, l'index s'y engageait librement. Au-dessus de l'arcade de Fallope, la palpation décelait, dans une zone peu étendue, une douleur plus vive. Il semblait qu'à ce niveau existait une légère voussure.

M. Morestin pensa à une réduction en masse avec persistance de l'étranglement. C'était, évidemment, le premier diagnostic qui devait se présenter à l'esprit.

L'opération montra que ce diagnostic était erroné. Redoutant avec raison le choroforme, M. Morestin fit de l'anesthésie locale à la cocaïne, et incisa droit sur la voussure au-dessus de l'arcade crurale.

Son incision fut parallèle aux fibres du grand oblique et longue de 10 centimètres en dehors du muscle droit.

Voici ce qu'il nous dit des lésions qu'il rencontra :

« Le péritoine ouvert, il s'écoula en abondance du pus séreux, d'une odeur infecte. La voussure répondait à une portion amincie de la paroi abdominale, au-dessus du trajet inguinal. Il n'y avait point de sac réduit derrière les muscles abdominaux. Le péritoine descendait jusqu'à l'arcade, et formait un sac herniaire qui, sortant par le trajet inguinal, s'arrêtait à la partie supérieure du scrotum. Ce sac était vide. Il n'y avait pas eu réduction en masse, c'était bien le contenu de la hernie qui avait passé dans le ventre, et l'infection du péritoine s'était évidemment faite par une perforation de l'intestin. La boutonnière péritonéale fut agrandie, de manière à lui donner les dimensions de la plaie cutanée.

« Toutes les anses qui se présentaient étaient couvertes de fausses membranes jaunâtres, et il s'écoulait constamment de la sérosité louche, jaunâtre et fétide. L'anse réduite, qui appartenait à l'intestin grêle, était restée au voisinage de la paroi. Elle présentait une perforation ovalaire, 7 millimètres sur 5 à peu près.

« Cette perte de substance fut fermée rapidement par quatre points de Lambert à la soie fine ; le péritoine fut épongé rapidement, non lavé; un drain volumineux fut enfoncé vers la cavité pelvienne d'où le pus séreux, dont le péritoine semblait contenir une grande quantité, paraissait venir principalement. Un autre fut placé en haut vers l'ombilic, des mèches de gaze entourèrent

l'anse suturée, et la plaie fut laissée béante sans suture. Tout cela avait duré une dizaine de minutes, le hasard heureux ayant permis que les manœuvres fussent simples, exécutées sans tâtonnements ni recherches longues dans l'abdomen, ni suture compliquées. »

Je passe sur les suites, qui furent excellentes; au sixième jour, après force injections de sérum, le malade était hors d'affaire, et, les drains enlevés, la guérison ne se fit pas attendre. La plaie était fermée complètement aux premiers jours de janvier.

Faut-il féliciter M. Morestin de ce beau succès? Je pense qu'il sera plus équitable pour lui de ne pas trop insister sur ce point. Il a fait là ce qu'il devait faire, et tout ce qu'il devait faire, et tout ce que le chirurgien le plus avisé pouvait faire; cela ne saurait nous surprendre de sa part. Tout s'est passé aussi correctement que dans une opération schématique décrite dans un traité didactique. J'ajoute que, dans les réflexions qui suivent son observation, il insiste surtout sur d'autres considérations. Il se demande, en particulier, si c'est le taxis qui a perforé l'intestin hernié déjà malade, ou bien si le taxis a réduit dans le ventre un intestin déjà perforé; mais, vraiment, cela importe peu. Si l'intestin était perforé, ou en imminence de perforation, avant l'arrivée du médecin, raison de plus pour ne pas tenter de le réduire; si c'est le taxis qui a produit la perforation, raison de plus pour démontrer qu'il est dangereux. D'ailleurs, l'infection péritonéale a été soudaine après la réduction; c'est donc bien la réduction qu'il faut incriminer. J'ai quelque scrupule à insister sur des banalités de ce genre. Il est bien clair que, surtout pour les hernies crurales, il ne faut réduire qu'après s'être assuré *de visu* de l'intégrité de l'anse herniée, même si l'étranglement ne date que de quelques heures. Et encore, faut-il bien savoir que, même avec l'anse herniée dans la main et sous les yeux, on peut être trompé. Pour ma part, il m'est arrivé de réduire ainsi une anse herniée qui m'avait paru saine et qui ne s'est pas moins perforée spontanément les jours suivants.

Il s'agissait d'une malade de quarante-quatre ans pour laquelle on m'appela, le 20 mars 1895, dans le service de M. Perier, à Lariboisière. Elle avait une hernie inguinale gauche étranglée depuis trois jours. L'état général était désastreux, les vomissements fécaloïdes incessants, la température à 36°5, le pouls filiforme. Après avoir cocaïnisé la ligne d'incision, je trouvai, dans un sac mince, une anse d'intestin grêle de 10 centimètres environ, présentant par places des plaques de sphacèle isolées les unes des autres. Je pratiquai, suivant ma technique habituelle, l'invagination de trois de ces plaques, qui avaient chacune un diamètre de 1 centimètre et demi. Tout semblait aller bien, lorsque, le second

jour après l'opération, des phénomènes de péritonite suraiguë apparurent. Je fis sauter ma ligne de sutures et je trouvai, non sans quelque peine, mon anse malade. Je vis alors une perforation intestinale au niveau d'une tache de sphacèle qui avait échappé à mon observation, et que je n'avais pas suturée. Malgré un large drainage de la cavité péritonéale, ma malade succomba le troisième jour, avec des accidents péritonéaux infectieux.

Dans une autre observation, j'ai été plus heureux, et ma malade a guéri, bien qu'elle soit âgée de soixante-dix ans.

Cette femme entra, le 29 mars 1895, dans le service de mon maître, M. Peyrot, à Lariboisière, salle Élisa Roy, n° 28.

Elle avait été prise, dans la nuit, de phénomènes d'étranglement pendant des efforts de toux. Dès son entrée, je pratiquai, à 4 heures de l'après-midi, la kélotomie, et je trouvai, dans une hernie crurale du volume d'une grosse noix, une petite anse grêle, sans épiploon, sur laquelle deux petites taches grises punctiformes me parurent suspectes. Comme l'étranglement datait à peine de douze heures, j'eus l'imprudence de réduire l'anse herniée, pensant qu'il n'y avait pas de sphacèle possible au bout de si peu de temps. La malade resta pourtant dans un état précaire ; le 1er avril, elle n'avait que 36°1 de température. Enfin, le 5 avril, les phénomènes d'infection péritonéale apparurent très nettement, et, devant le retour des vomissements fécaloïdes, devant l'absence de selles et de gaz, nous nous décidâmes, avec M. Peyrot, à aller dans le ventre à la recherche de l'anse malade. Une incision, sur le bord externe du muscle droit, nous mena sur l'intestin enflammé et accolé à la paroi. En le décollant, nous vîmes sortir de la cavité péritonéale des gaz et un liquide louche, avec des fausses membranes. Sur l'anse qui avait été réduite, on voyait une perforation d'un demi-centimètre de diamètre, et, tenant à cet orifice, une plaque de sphacèle qui s'étendait presque jusqu'au mésentère, et qui avait environ un centimètre et demi de longueur sur un demi-centimètre de largeur. Un double plan de sutures séro-séreuses, à la soie fine, invagina la plaque sphacélée et ferma la perforation; un large drainage termina l'opération. Le drain put être enlevé le 10 avril, et, le 26 avril, la malade se levait.

Je note bien que cette opération date de plus de six ans. Elle montre, dans tous les cas, qu'il faut se défier des étranglements cruraux, même après moins de douze heures. Notre malade a guéri, comme a guéri le malade de M. Morestin, mais c'est évidemment par exception. Ce qu'on peut dire, c'est qu'en pareil cas la laparotomie est la seule chance de salut.

M. Morestin, en terminant son mémoire, insiste sur le danger que fait courir à ces malades l'anesthésie générale, et vante les

bienfaits de la cocaïnisation locale. Je m'associe entièrement à sa manière de voir et j'ajouterai que, même avec les brillants résultats de la rachicocaïnisation, c'est compromettre ce merveilleux mode d'anesthésie que de l'employer en pareil cas. Pas d'anesthésie du tout, ou bien anesthésie locale à la cocaïne, telle me paraît être la conduite la plus sage à tenir. C'est pour cela, pour le dire en passant, que je n'ai nullement été impressionné par les rachicocaïnisations mortelles citées ici par MM. Bousquet et Legueu, et qui avaient précisément trait à des rachicocaïnisations chez des malades atteints d'étranglement herniaire grave, chez ces malades dont la vie est précaire et qu'on ne saurait soumettre sans danger aux réflexes réactionnels des injections sous-arachnoïdiennes.

Enfin, je voudrais rappeler ici, en terminant, l'enseignement qui ressort de l'observation de M. Morestin, et de celles que je viens de citer dans ma pratique personnelle. Pour peu que les accidents d'obstruction persistent après la réduction d'une hernie étranglée, *que cette réduction ait été faite par taxis ou par débridement*, il faut intervenir. On trouvera, soit une réduction en masse, soit une perforation intestinale. Dans le premier cas, on aura de grandes chances de guérir le malade, et, dans le second, on pourra, par exception, comme l'a fait si heureusement M. Morestin, obtenir un succès alors que la situation paraissait désespérée.

Ces préceptes paraîtront ici de pratique courante; ils n'ont rien de nouveau et rien d'original. Il n'est peut-être pas inutile de les redire de temps en temps quand un fait probant vient en souligner l'importance.

Je propose d'adresser nos remerciements à M. Morestin et de déposer son mémoire dans nos archives.

Communications.

Note sur la pathogénie de l'affection connue sous le nom de subluxation par élongation du radius chez les enfants,

par M. le Dr DENUCÉ, membre correspondant.

L'affection, si commune chez les enfants, que Malgaigne considérait comme une luxation incomplète en avant, que Fournier (1671) donnait comme « une eslongation se faisant par le relâchement des ligaments abbreuvés d'humidités, ou par une violente extension », à laquelle Piéchaud, dans son récent *Traité des maladies chirurgicales des enfants*, ne voulant en rien préjuger sa

nature anatomique, donne le nom de « pronation forcée douloureuse », est banale. Sa gravité est nulle. Les manœuvres les plus simples en ont facilement raison. Si même on n'intervient pas, sa guérison se fait spontanément, non sans quelques complications légères sur lesquelles nous aurons à revenir. Je ne veux pas ici reprendre l'étude de cette affection ; tous les auteurs sont d'accord sur sa fréquence chez les jeunes enfants, sur la cause qui la produit, une traction exercée sur le poignet, se combinant le plus souvent avec une pronation plus ou moins forcée, l'extension et un degré plus ou moins marqué d'abduction de l'avant-bras, sur les symptômes par lesquels elle se révèle, et les méthodes de traitement qui lui sont applicables. Seul, le mécanisme pathogénique de cette affection a donné lieu à des opinions divergentes.

Dans un travail très documenté, publié en 1889 dans les *Annals of Surgery*, M. William Valdo van Arsdale énumère sur ce point treize théories principales, différentes, comportant chacune de nombreuses sous-variétés. Ces théories peuvent néanmoins être classées sous quatre chefs principaux.

1° *Luxation incomplète en avant de la tête du radius*, quel que soit le mécanisme invoqué pour expliquer le maintien de la subluxation (conformation des surfaces, tonicité ou tension musculaires, interposition des parties molles, accrochement de la tubérosité bicipitale sous le bord externe du cubitus, etc.) ;

2° *Déplacement en bas, ou élongation de la tête du radius* maintenue par la dépression du ligament annulaire, ou par l'accrochement de la tête du radius sous le bord inférieur du ligament annulaire ;

3° *Lésions intra-articulaires*, entorse, disjonction épiphysaire, fracture de la tête radiale, etc. ;

4° *Lésions en dehors de l'articulation*, telles que la dislocation partielle du ligament triangulaire dans l'articulation du poignet, admise par Goyrand d'Aix dans sa deuxième théorie, ou la paralysie douloureuse attribuée par Chassaignac à l'élongation des nerfs.

Une seule objection suffirait pour renverser toutes ces théories, c'est qu'une manœuvre très simple fait disparaître la lésion et tous ses effets, et que la guérison est radicale, instantanée, et ne laisse aucune suite. Aussi, van Arsdale a-t-il pu conclure qu'aucune de ces hypothèses n'était satisfaisante, et que, jusqu'à plus ample informé, il convenait de n'en adopter aucune.

La théorie que je vais exposer s'adapte à tous les symptômes cliniques. Elle repose sur des faits anatomiques dont le principal, inconnu à l'époque où s'élaboraient la plupart de ces opinions pathogéniques, peu connu aujourd'hui encore à l'étranger, mais

admis maintenant par tous les anatomistes, et dont je serais impardonnable de ne pas tenir compte, est l'existence du ligament spécial, décrit pour la première fois par mon père, et auquel est resté le nom de « ligament carré de Denucé ». « C'est une lame fibreuse quadrilatérale, qui s'étend de tout le bord inférieur de la petite cavité sigmoïde du cubitus à la partie opposée du col du radius. Elle a de 12 à 14 millimètres de longueur sur autant de largeur chez l'adulte, et permet un écartement considérable des deux os, quand le ligament annulaire a été incisé. Habituellement, elle est relâchée, mais, dans les mouvements de pronation et de supination, elle s'enroule autour du col du radius, et, quand elle est tendue, limite ses mouvements. Par son origine au-dessous de la petite cavité sigmoïde, ce ligament se confond avec les faisceaux d'attache du ligament annulaire, et forme avec eux une véritable patte d'oie (1).

Mon hypothèse peut se résumer de la façon suivante : dans la pronation forcée, avec extension, abduction et abaissement par traction sur le poignet de la tête du radius, le bord antérieur du ligament carré descend au-dessous du bord antérieur du ligament annulaire. La synoviale, très lâche en ce point, fait hernie entre les deux ligaments; dès que la pronation cesse, la partie herniée est pincée, d'où une douleur assez vive, qui s'augmente à chaque mouvement, et donne lieu à l'impotence fonctionnelle. La partie herniée subit une sorte d'étranglement, et devient le siège de phénomènes irritatifs qui se traduisent surtout par une sécrétion exagérée de synovie et de la tuméfaction.

La première idée de cette hypothèse m'a été suggérée par une observation clinique. Comme tous les chirurgiens chargés d'un service d'enfants, j'ai eu l'occasion de voir à l'hôpital de nombreux cas de « pronation forcée douloureuse ». J'en ai vu assez souvent dans la clientèle. Les premiers, très fréquemment, à la palpation, présentaient une tuméfaction, une saillie dans la région occupée normalement par la tête du radius. Chez les seconds, cette saillie manquait toujours. Je ne tardai pas à me convaincre que l'ancienneté plus ou moins grande de l'accident causait seule cette différence. A l'hôpital, je voyais à la consultation, le matin, des enfants chez qui l'accident datait de la veille. Dans la clientèle, je n'observais que des accidents récents. Lorsque, chez un malade d'hôpital, l'accident était du matin même, la tuméfaction faisait toujours défaut. Par contre, je puis citer le cas d'un enfant de trois ans, fils d'un capitaine en garnison à Angers; le matin, dans la gare d'Angers, sa mère l'avait enlevé par le poignet pour lui faire fran-

(1) P. Denucé. *Dict. Jaccoud*, t. IX, p. 107.

chir un rail. L'enfant avait pleuré tout le long du voyage, tenant son avant-bras légèrement fléchi et en demi-pronation, et se plaignant du coude. Je ne le vis qu'à 10 heures du soir. La lésion remontait à treize ou quatorze heures, et, déjà, la tuméfaction était manifeste. Je pourrais multiplier ces exemples. Mais, que la tuméfaction soit sensible ou non, la même manœuvre réussit constamment, et pour obtenir une guérison immédiate, il suffit d'étendre l'avant-bras, de le remettre de force en supination, puis de le fléchir brusquement. Tout rentre dans l'ordre, et une immobilisation ultérieure est inutile.

Cette tuméfaction, apparaissant progressivement, ne peut être une saillie osseuse. L'idée me vint d'une hernie de la synoviale, se faisant entre les deux ligaments, ainsi que je l'ai expliqué plus haut. Dans le but de vérifier cette hypothèse, j'ai entrepris, avec le concours de mon interne, M[lle] M. Nourrit, dans le laboratoire du professeur Cannieu, des recherches anatomiques qui ont porté sur quatorze coudes appartenant à neuf sujets, âgés de moins de six ans. Je ne veux ici que résumer les résultats que m'ont donnés ces recherches.

D'abord, chez deux enfants de six et neuf jours, j'ai pu constater que les faisceaux ligamentaires de l'articulation huméro-radio-cubitale étaient incomplètement différenciés. Le ligament antérieur de l'articulation du coude, par ses fibres obliques, se continuait, sans démarcation nette, avec le ligament annulaire ; celui-ci, à sa partie inférieure, paraissait se continuer directement avec la lame fibreuse représentant le ligament carré. L'ouverture de l'articulation du coude montrait qu'il en était bien ainsi. En écartant les deux os, on voyait le ligament annulaire, reconnaissable à la direction transversale prédominante de ses fibres, se continuer en bas, sans démarcation ni solution de continuité, avec le ligament carré. Les fibres inférieures, formant un plan horizontal, et fermant en bas l'articulation, s'attachent en dedans sur le rebord inférieur de la petite cavité sigmoïde, et, en dehors, sur le col du radius, à sa partie interne, juste au-dessous de la tête, ces insertions se prolongeant assez loin en avant et en arrière. Les fibres plus élevées, formant un plan vertical, continu avec le précédent, partent des bords antérieur et postérieur de la cavité sigmoïde, et constituent, autour de la tête radiale, un anneau assez lâche. Si on insuffle l'article, on voit, en dehors, le cul-de-sac de la synoviale soulever cet anneau, et, sans faire positivement hernie, affleurer son bord inférieur. Après injection, on reconnaît que la synoviale descend entre les deux os, soutenue par la membrane représentant le ligament carré ; en avant et en arrière du col, les insertions de cette membrane soutiennent

encore la synoviale, tandis qu'en dehors, le cul-de-sac, libre en bas, déborde légèrement le bord inférieur du ligament annulaire.

Chez des sujets de six mois et demi et sept mois, la disposition des parties est un peu différente. Les ligaments sont mieux différenciés. En ouvrant l'articulation, on remarque que les insertions antérieures et postérieures du ligament carré sur le col radial sont séparées du bord inférieur du ligament annulaire par une solution de continuité, plus nette en avant, occupant environ le tiers externe de la membrane inférieure; si, incisant en dehors le ligament annulaire, on laisse pendre le radius, cette membrane se tend; son tiers externe apparaît indépendant du ligament annulaire. En avant, la synoviale est très lâche.

Sur des sujets plus âgés, dix-sept, dix-huit, vingt-sept mois, chez ceux plus âgés surtout, trois ans et demi et cinq ans et demi, les parties prennent l'aspect qu'elles ont chez l'adulte. La différenciation entre les ligaments antérieur et annulaire est bien marquée : si, l'articulation ouverte, on tend le ligament carré, on voit qu'il est séparé du ligament annulaire sur presque toute son étendue, et qu'il figure bien la patte d'oie. En avant, au niveau de la solution de continuité qui sépare le ligament carré du ligament annulaire, la synoviale est extrêmement lâche et mobile. Ouvre-t-on le coude, de façon à respecter l'articulation radio-cubitale, on constate, en écartant un peu les deux os de l'avant-bras, que le ligament carré, dans la rectitude de l'avant-bras, est lâche. Si on force la pronation du radius, le bord antérieur du ligament carré se plisse suivant un plan constant. En partant de son insertion radiale, il s'abaisse très rapidement, suivant une direction presque parallèle à l'axe de l'avant-bras; puis, décrivant une courbe tangente au bord inférieur du ligament annulaire, il remonte par une obliquité moins prononcée jusqu'à une courte distance de son insertion cubitale, dépassant quelquefois son niveau normal, et redescendant jusqu'à son point de fusion avec le ligament annulaire.

Si on insuffle la synoviale, et qu'on mette progressivement le radius en pronation, surtout si on joint à la pronation un léger degré de traction sur le radius, on voit un jour se faire entre les deux ligaments, et la synoviale s'échapper sous le bord inférieur du ligament annulaire, juste en dedans du radius, faisant hernie au dehors.

Il résulte de ces recherches que, chez les enfants âgés de plus d'un an, la pronation forcée plisse toujours le bord antérieur du ligament carré de façon à lui faire affleurer le bord inférieur du ligament annulaire. Si on tire sur le radius, la laxité de l'anneau, la présence du cul-de-sac circulaire de la synoviale entourant la

tête permettent un abaissement facile de cette tête, et le pli inférieur du ligament carré descend au-dessous du bord inférieur du ligament annulaire. En ce point, la synoviale est très lâche, très mobile, n'est pas soutenue, et peut faire hernie entre les deux ligaments. Dès que la pronation se relâche, la partie herniée de la synoviale est pincée entre les deux ligaments. Ce pincement, douloureux, incite l'enfant à ne plus tenter aucun mouvement, d'où l'impotence fonctionnelle. Mais cette portion de la synoviale, pincée, comme étranglée, devient vite le siège de phénomènes irritatifs. Le liquide exsudé à sa face interne amène une augmentation de volume, une tension qui, au bout de douze à quinze heures, sera déjà sensible à la palpation. Malgaigne, qui considérait cette saillie comme due au déplacement de la tête du radius en avant, avait bien remarqué, d'abord qu'on ne la trouvait pas toujours, ensuite que le point le plus douloureux à la pression était au-dessous et en dedans de la tête du radius.

Ainsi, par la hernie de la synoviale, s'explique la divergence entre les symptômes notés par les auteurs, l'absence ou la présence de la tumeur, due soit au volume de la hernie, soit à l'ancienneté de l'accident.

Si maintenant on intervient par l'extension en maintenant la pronation, on fait bâiller davantage l'orifice de sortie de la hernie, et on lève en quelque sorte l'étranglement. La supination forcée, en tendant le bord antérieur du ligament carré, en faisant remonter les plis qu'elle efface, fait rentrer la hernie; la flexion concourt à ce résultat en exagérant l'élévation du bord antérieur du ligament carré. Et dès lors, tout rentre dans l'ordre.

Les guérisons spontanées, si fréquentes, s'expliquent sans peine avec cette théorie. Tout mouvement actif ou passif de supination, en tendant le bord antérieur du ligament carré, pourra faire rentrer la hernie, si elle n'est pas trop volumineuse. Les légers accidents d'arthrite qu'on a signalés dans les cas de non-réduction auraient leur point de départ dans les phénomènes d'irritation dus à l'étranglement de la partie herniée de la synoviale.

Chez des sujets plus âgés, l'anneau du ligament annulaire est plus serré, surtout à son bord inférieur, et ne permet guère l'abaissement du radius. Enfin, la synoviale perd de sa laxité. C'est sans doute pourquoi l'accident ne se rencontre que chez les jeunes enfants.

Thrombo-phlébite de la veine mésaraïque supérieure avec gangrène de l'intestin grêle,

par MM. LUCIEN PICQUÉ et RAYMOND GRÉGOIRE.

Nous avons eu l'occasion d'observer en peu de mois, à l'hôpital Bichat, dans le service de l'un de nous, et au Pavillon de chirurgie de l'asile clinique, deux cas de thrombo-phlébite de la veine mésaraïque supérieure avec gangrène de l'intestin. Comme il s'agit d'une affection très rare, et dont il n'existe encore que peu de cas dans la science, il nous a semblé intéressant de reprendre à propos de ces deux cas l'histoire de cette singulière affection sur laquelle Gallavardin, de Lyon, vient de publier récemment une revue générale dans la *Gazette des Hôpitaux*, dans laquelle, d'ailleurs, il n'apporte aucun fait nouveau.

Voici d'abord nos deux observations :

Obs. I. — *Malade observé à l'hôpital Bichat :*

Il s'agit d'un homme d'apparence robuste, âgé de quarante-neuf ans; il exerce la profession d'employé de chemin de fer et jamais n'a eu la moindre maladie. Il y a quinze jours, c'est-à-dire à la fin du mois de juillet, il fut pris pendant les grandes chaleurs d'une diarrhée extrêmement abondante. Il allait à la selle jusqu'à dix et quinze fois dans la journée, un peu moins souvent la nuit. Les matières étaient absolument liquides, d'un jaune verdâtre, et ne répandaient pas une odeur très nauséabonde. Il n'éprouvait aucune douleur et continuait à manger et à travailler.

Or, jeudi, dans la soirée, il fut pris d'un point de côté à la base gauche du thorax en arrière. Cette douleur dura toute la soirée, mais sans s'accompagner ni de frisson, ni de toux, ni de vomissement. Le vendredi matin, cependant, il va à son travail, mais il se sent profondément fatigué et abattu. A midi, il n'a pas d'appétit, il prend un bouillon qu'il vomit presque aussitôt; il rentre chez lui et se couche. Dans l'après-midi, les vomissements continuent, il vomit vert. En même temps, se montre une douleur du ventre très vive. Il souffre dans tout l'abdomen, mais bien davantage au niveau de l'épigastre, près de l'ombilic.

Le samedi, il veut quand même aller au travail. Mais le chef d'équipe, le voyant pâle et courbé en deux, le renvoie chez lui.

Depuis il est resté chez lui, ne sachant comment se coucher dans son lit, ne pouvant rester sur le dos, ni sur le côté, passant ses journées et ses nuits sur le bord de son lit, se plaignant de son ventre et de ses reins. Il constate que dès ce moment ses urines sont devenues très foncées et ont beaucoup diminué.

Il y a quatre jours, la diarrhée a cessé et a fait place à une consti-

pation absolue. L'avant-veille de son entrée à l'hôpital un pharmacien lui prescrit un purgatif. Le médicament produisit son effet, et le lendemain il eut plusieurs selles abondantes et liquides.

Le lundi, il va enfin voir un médecin à 6 heures du soir, qui le pique à la morphine pour calmer ses douleurs. A 7 heures du soir, il se présentait dans mon service à l'hôpital Bichat. Il vint à pied en se traînant, courbé en deux, le front couvert de sueur.

Actuellement, il souffre de tout le ventre, mais principalement un peu au-dessus de l'ombilic et aussi à droite. Les muscles résistent partout, pas de météorisme, matité hépatique conservée; température, 38°8; pouls, 118. Rien à l'auscultation. Depuis trois jours il urine de moins en moins et, comme il dit n'avoir rendu que quelques gouttes d'urine depuis le matin, on pratique le cathétérisme. 40 grammes seulement d'urine rouge foncé sont retirés de la vessie. Elle contient de l'albumine et des sels en quantité.

Le facies est bon et n'a rien d'hippocratique; le pouls, quoique rapide, est fort et bien frappé; le malade n'a pas l'air trop affaissé. Il se lève pour aller au cabinet et la douleur de son ventre l'empêche de rester couché. Les douleurs paraissent si vives que dans la soirée on lui injecte 1 centigramme de morphine.

A 9 heures du soir, sous l'influence de la morphine, il est devenu calme, même un peu assoupi. Cependant le pouls est moins fort, 136; le nez se pince, les yeux s'excavent et se cernent, les mains sont froides, la température monte à 39°5.

A minuit, les douleurs ont repris plus vives et plus intolérables, le facies est mauvais, le pouls petit, les extrémités froides et visqueuses. Il se tord dans son lit et veut se lever. Il a eu dans la nuit *une selle hémorragique*. Le matin, il est couché sur le dos, prostré, le facies hippocratique, le corps couvert de sueurs froides, il a du hoquet. Le pouls est filiforme, incomptable. Devant ces symptômes, et sans diagnostic bien précis. M. Menet, interne du service, pensa à une appendicite ou à une occlusion par invagination iléo-cæcale et décida une laparotomie d'urgence qu'il pratiqua avec mon assentiment préalable. Au moment de l'opération, le ventre est ballonné, mais non distendu, souple; peu de résistance musculaire, dyspnée légère.

Incision dans la fosse iliaque droite à la manière de Roux. Le péritoine est tendu et bleuâtre. A son ouverture, il s'échappe un *flot de liquide rougeâtre* sanguinolent. L'intestin est distendu sans excès, de teinte *noirâtre*, comme une anse d'intestin étranglée dans une hernie. Le liquide ascite a absolument le même aspect que celui des sacs de hernie étranglée. La recherche de l'appendice et du cæcum ne révèle rien d'anormal dans la fosse iliaque droite.

Deuxième incision sur la ligne médiane, sous-ombilicale. L'intestin se montre ayant absolument la même teinte et le même aspect que précédemment. Le mésentère est considérablement épaissi et de teinte hémorragique sur toute son étendue. Aucune torsion, aucun étranglement.

Le diagnostic étant de plus en plus obscur, et devant les signes d'oc-

clusion, M. Menet se résout, faute de mieux, à pratiquer un anus iliaque à droite, dans la première incision. A l'ouverture de l'intestin, il s'écoule une assez grande quantité de sang noirâtre sans odeur fétide. Suture de l'incision médiane. Pendant l'opération, le malade a eu un vomissement sanguinolent.

Dans la nuit, le pansement est traversé par le sang qui s'échappe de l'orifice de l'anus iliaque.

Le malade meurt dans le collapsus vers 4 heures du matin.

Autopsie, 38 heures après la mort. — Le ventre ouvert, on constate que tout l'intestin grêle *présente une teinte noirâtre*. Le mésentère occupe sa position normale; *aucune torsion*, aucun étranglement, pas d'invagination. On ne constate rien que l'aspect gangreneux de l'intestin grêle, depuis une dizaine de centimètres de l'angle duodéno-jéjunal jusqu'au cæcum. Le côlon et le cæcum sont normaux.

Foie normal macroscopiquement. Rien au poumon. Cœur gros, flasque, rien d'orificiel, rien dans le péricarde.

La dissection des vaisseaux mésentériques montre que le tronc porte et ses divisions hépatiques sont absolument normaux et vides de sang; de même la veine splénique, la coronaire stomachique, la cystique et la mésaraïque inférieure. Le tronc de la mésaraïque supérieure est normal, mais, au point de convergence des branches de l'intestin grêle, il existe un épaississement de la veine dans laquelle la palpation reconnaît un caillot. L'ouverture du tronc et des branches montre *un caillot adhérent* dans la première branche de bifurcation droite; dans les autres un caillot de stase descendant de 2 à 3 centimètres dans le vaisseau et sans adhérence. Au-dessous, les vaisseaux de deuxième ordre, les arcades anastomotiques sont d'aspect normal.

L'intestin est plus noir dans la partie moyenne qu'à ses deux extrémités.

A l'ouverture de l'intestin, sur toute sa longueur, on constate un épanchement sanguin très abondant et à tel point qu'on croirait un véritable boudin. La muqueuse est très épaissie, tuméfiée, mais on ne constate de lésion d'aucune nature.

Nous verrons par l'examen des observations publiées que notre cas constitue une véritable exception, puisque toute la longueur de l'intestin se trouve sphacélée.

Obs. II (pavillon de chirurgie de l'asile clinique). — Il s'agit d'un malade interné dans le service spécial de M. Marandon de Monthyel à Ville-Évrard.

M... Joseph, quarante-sept ans, présente depuis plusieurs années une dégénérescence mentale avec inversion du sens génital.

Bon état de santé générale; depuis quelques semaines a à diverses reprises des vomissements sans aucun trouble apparent.

Subitement le malade est pris à son réveil de vomissements présentant un caractère de continuité et d'abondance inquiétants. Appelé le soir même à voir le malade, je constate l'état suivant : les vomisse-

ments n'ont pas reparu ; il ne présente que quelques nausées. Le ventre est ballonné d'une façon à peu près régulière, douloureux à la pression. Pas de zone de sensibilité à droite, ce qui éloigne l'idée d'une appendicite. Par une palpation minutieuse on perçoit à gauche un empâtement profond au niveau duquel la sensibilité acquiert un degré maxima. Le pouls est à 120, la température à 38 degrés. Le malade a rendu quelques matières par le rectum ; pas de selles sanglantes. Le malade se sent beaucoup mieux.

En présence de cet état, M. Picqué décide son transfert au pavillon de chirurgie, où il arrive le soir même. A ce moment, on constate que l'état général n'est pas aggravé. Le pouls est à 120, quelques nausées.

Le toucher rectal pratiqué à ce moment reste négatif.

L'urine n'est que très faiblement albumineuse.

Le diagnostic probable est celui de volvulus au niveau de l'S iliaque.

Anesthésie chloroformique. Incision latérale gauche. Il s'écoule d'abord de la sérosité. Les anses intestinales qui se présentent au niveau de l'incision sont dilatées, légèrement noirâtres, et accolées par des adhérences lâches. En éviscérant le paquet d'anses grêles dilatées, on constate qu'elles correspondent au commencement du jéjunum ; le mésentère est épaissi et présente des taches ecchymotiques. Au niveau de la partie moyenne de l'anse, on remarque des lésions manifestes de gangrène. Comme il n'existe en aucun point de signes d'étranglement ou de volvulus, M. Picqué s'arrête au diagnostic de phlébite de la mésaraïque supérieure avec gangrène intestinale.

Le malade a souffert beaucoup ; après l'opération, vomissements noirâtres. Il succombe douze heures après l'intervention.

L'autopsie a été pratiquée par M. le Dr Dagonet, directeur des laboratoires au pavillon de chirurgie.

Corps proportionné : taille 1m68 ; système pileux abondant ; organes génitaux peu développés ; ulcère variqueux à la jambe droite.

A la section des téguments, couche adipeuse très épaisse. Ouverture du thorax : légères adhérences à la plèvre pariétale et aux deux bases du poumon. Le poumon gauche est adhérent par son bord postérieur et se laisse déchirer. Pas d'épanchement dans la plèvre.

Congestion pulmonaire très intense des deux bases qui restent cependant perméables à l'air. Pas de tuberculose.

Le péricarde, surchargé de graisse, contient un peu de sérosité citrine et présente quelques adhérences avec l'oreillette gauche.

Le cœur paraît volumineux ; il est recouvert également de graisse ; le ventricule gauche est contracté et vide de sang ; le muscle, épaissi, paraît normal. Rien à noter aux valvules mitrales et aortiques. Le ventricule droit est flasque, dilaté et rempli de caillots sanguins noirâtres qui se prolongent dans l'oreillette droite, l'artère et la veine pulmonaires.

Ouverture de l'abdomen, sur la ligne médiane, à droite de la plaie opératoire, qui mesure 12 centimètres de longueur. Ecoulement de sérosité sanguinolente en assez grande quantité. On voit vers la partie médiane un gâteau d'anses intestinales agglutinées et qui présentent

une coloration rouge foncé ou noirâtre, tranchant sur la coloration blanc rosé des autres parties du tube digestif.

Après avoir rejeté le grand épiploon surchargé de graisse et l'estomac dilaté vers la partie supérieure, le cæcum avec son long appendice et tout le gros intestin vers la partie inférieure, nous avons enlevé l'intestin grêle en le détachant de son mésentère à partir de la valvule iléo-cæcale dans une étendue de $4^{m}50$ environ. Ces viscères paraissaient normaux, tandis que le jéjunum présentait quelques adhérences et une coloration noirâtre jusque vers sa réunion au duodénum, c'est-à-dire dans une étendue de $1^{m}50$. Le mésentère de toute cette région était le siège d'une infiltration considérable ; il présentait 2 centimètres d'épaisseur. La coloration violacée était parsemée de nombreuses taches noirâtres. Le tronc de la veine porte, la veine splénique et les deux mésaraïques ont été disséqués et isolés dans un long parcours.

En incisant la veine porte, on voit qu'elle contenait un caillot épais, noirâtre, qui se prolongeait dans la grande mésaraïque, dont les branches étaient turgides. La petite mésaraïque contenait du sang liquide, la splénique un caillot formé après la mort. Parois veineuses normales. Dans les branches de la grandemésaraïque, le coagulum était noirâtre, avec quelques parties fibrineuses périphériques ; au-dessus de la bifurcation de la splénique, le caillot paraissait beaucoup plus aminci ; il contenait beaucoup plus de fibrine ; sa partie centrale était formée par un magma couleur lie de vin qui remontait jusqu'à la partie inférieure du caillot de la veine porte.

Le jéjunum incisé laisse s'écouler un liquide noirâtre ; sa coloration paraissait uniforme, sauf à la partie supérieure, où existait un infarctus sous forme de plaque de sphacèle de 6 centimètres environ avec une coloration plus foncée, ardoisée.

Rien de particulier à l'examen de la muqueuse. Pas de perforation.

Foie peu volumineux, gros et légèrement cirrhotique.

La vésicule contient une assez grande quantité de bile noirâtre, mais pas de calculs.

Rate petite, sans infarctus, coloration rosée.

Reins en dégénérescence graisseuse et congestionnés.

Capsules surrénales : rien à noter. Testicules atrophiés.

Crâne légèrement épaissi, méninges blanchâtres à la partie supérieure des deux hémisphères.

Ventricules, cervelet, bulbe normaux.

Les observations semblables, publiées jusqu'ici dans la science, sont encore très peu nombreuses. Elles sont au nombre de douze, encore un très petit nombre parmi celles-ci est-il utilisable. Car il faut bien se garder de tomber dans l'erreur de Gallavardin qui a mélangé dans son travail les phlébites apparaissant au cours de maladies déjà diagnostiquées, avec les phlébites spontanées. Les symptômes et l'évolution des unes et des autres sont bien différents, comme nous tâcherons de le montrer.

Nous nous contentons d'en donner l'indication bibliographique, pour ne pas allonger ce mémoire.

1° La plus ancienne : Chuquet, *Soc. Anat.*, 1898.
2° Leduc, *Prog. méd.*, 1884.
3° Dreyfus, *Soc. Anat.*, 1885.
4° Dreyfus, *Soc. Anat.*, 1885.
5° Dreyfus, *Soc. Anat.*, 1885.
6° Pilliet, *Prog. méd.*, 1889.
7° Pilliet, *Prog. méd.*, 1890.
8° Letulle et Maygrier, *Soc. Anat.*, 1897.
9° Barth et Maygrier, *Soc. méd. hôp.*, 1897.
10° Péron et Beaussenat, *Soc. Anat.*, 1894.
11° Teissier, in *these* Magnan, 1808.
12° Hirtz et Josué, *Soc. méd. hôp.*, 1900.

Parmi ces douze observations, les quatre premières ne présentent pour le cas qui nous occupe que peu d'intérêt. La thrombo-phlébite est tout à fait au deuxième plan de l'histoire morbide. Les malades sont tous plus ou moins cachectiques, et la phlébite de la mésaraïque apparaît comme un phénomène ultime, comme une façon de mourir; quelquefois même elle n'est qu'une constatation d'amphithéâtre.

Les deux suivantes, c'est-à-dire la sixième et la septième, simple rapport d'autopsie, ne possèdent aucun renseignement clinique ou des renseignements trop insuffisants pour qu'on en puisse tirer parti.

Restent donc les cinq dernières. Celles-ci sont réellement intéressantes, et se rapppochent absolument de l'histoire de notre malade. Dans ces cas, la thrombo-phlébite est nettement l'accident primitif, et constitue à elle seule toute la maladie.

Sauf le cas de Letulle et Maygrier et celui de Teissier où la phlébite se déclara au cours d'une fièvre puerpérale ou chez un malade ayant déjà une phlébite du membre inférieur, c'est toujours à peu près la même histoire; le malade était bien portant jusque-là, quand il se sent atteint de douleurs de ventre rapidement croissantes, bientôt apparaissent des vomissements, quelquefois des hématamèses, puis brusquement les symptômes s'aggravent, le facies devient mauvais, grippé, la température monte, le pouls est fuyant, rapide. C'est toujours la veille ou l'avant-veille de la mort que s'est montrée cette aggravation subite.

On pense à l'occlusion aiguë ou à l'appendicite avec péritonite généralisée, et c'est soit à la salle d'opération, soit à l'amphithéâtre, que l'on fait le diagnostic.

Un symptôme marque toujours le début de la maladie : c'est la douleur, qui se présente comme une sorte de coup de foudre et

qui constitue un élément important de diagnostic sur lequel Gallavardin n'a peut-être pas suffisamment insisté.

Elle commence souvent dans la région lombaire, sous forme de pesanteur, de tiraillements, puis bientôt le malade se plaint de son ventre, il souffre dans tout l'abdomen, mais c'est surtout autour de l'ombilic ou à l'épigastre que la souffrance est vive. Chez notre malade les douleurs étaient telles qu'elles le tenaient courbé en deux. Il lui était impossible de garder le lit, et il passait jours et nuits à circuler dans sa chambre ou assis au bord du lit, cherchant tous les moyens de calmer ses douleurs. C'est, au fond, l'histoire de toute phlébite; le malade commence à souffrir au niveau de sa veine. Dans le cas actuel, c'est la mésaraïque ou la veine porte qui sont malades, il est donc naturel que le point douloureux corresponde au moins à peu près au vaisseau atteint.

Dans le cas de Péron et Beaussenat, le malade souffre du côté droit de l'abdomen, à tel point que l'on pense à une appendicite, et cependant tout le réseau porte était chez lui thrombosé.

Il convient de noter que dans notre deuxième cas, à part la brusquerie des débuts, les douleurs étaient peu vives.

Les vomissements suivent de près l'apparition des douleurs. Ce sont d'abord des vomissements alimentaires, le malade rend ce qu'il prend ; puis, en même temps que les douleurs augmentent, ils deviennent plus fréquents et changent d'aspect. Ce ne sont plus seulement les matières ingérées que le malade rend, il a des vomissements verdâtres, porracés. Quelquefois aussi ils revêtent un caractère tout spécial, le malade vomit du sang. Dans une observation de Pilliet ce sont « des matières comme du café, et assez abondantes ». De même notre premier malade eut sur la table d'opération un vomissement de sang noirâtre, déjà décomposé, comme celui qui a séjourné quelque temps dans la cavité intestinale.

Dans notre deuxième cas, les vomissements noirâtres ne se sont montrés qu'après l'opération.

L'état du fonctionnement de l'intestin paraît peu modifié. Si le malade éprouve des douleurs très vives dans le ventre, des coliques souvent intolérables, il n'en continue pas moins, au moins au début, à avoir des selles régulières et normales. C'est ce que montrent les observations de Péron et Beaussenat, de Teissier, de Barth.

La malade de Hirtz et Josué s'était plainte d'un peu de diarrhée. Il n'en est pourtant pas chaque fois ainsi. Letulle et Maygrier signalent une constipation opiniâtre dès le début de la maladie ; notre malade avait une diarrhée d'une intensité telle que l'on pensa à la dysenterie. Enfin, et cette constatation peut avoir une grande

importance, les selles peuvent être hémorragiques; c'est ce que l'on constata chez la malade de Letulle et Maygrier, c'est aussi ce que présenta notre premier malade. Celui-ci, en effet, avait eu depuis la veille de son entrée des selles sanglantes, vraiment rouges et non noires couleur goudron comme cela se présente quand le sang a séjourné dans la cavité intestinale.

Notre deuxième malade n'a pas présenté de diarrhée véritable : ses selles n'ont jamais été sanglantes.

L'examen du ventre montre constamment un ballonnement plus ou moins prononcé. La plupart des observations relatent une augmentation du ventre très prononcée, l'abdomen est surdistendu, très douloureux. D'autres fois on signale seulement un peu de distension, mais sans ballonnement, sans résistance musculaire, même sans douleur très vive.

L'état général reste longtemps peu atteint, il en était de même chez notre deuxième malade; le malade peut continuer à se lever, quelquefois il a encore assez de force pour faire son travail et cela dure ainsi en s'aggravant jusqu'à deux ou trois jours avant la mort. Dans toutes les observations, la veille ou l'avant-veille de la mort l'état du malade s'aggrave brusquement. La douleur du ventre augmente ou reparaît très vive quand elle s'était atténuée. Les vomissements se montrent plus intenses. Le malade tombe dans un état d'affaissement profond. Le pouls devient rapide, la température, qui jusque-là était restée normale, monte à 39-40 degrés (sauf dans le cas de Hirtz et Josué), le facies prend le type hippocratique, le ventre se ballonne, les extrémités deviennent froides et moites, il existe parfois du hoquet, et le malade meurt dans l'hypothermie et le coma.

Cette accélération brusque de la marche de la maladie est absolument constante dans les observations qui nous intéressent. Hirtz et Josué l'avaient déjà mise en évidence et décrite sous le nom de syndrome terminal.

Sans oser tirer de cette analyse la symptomatologie de la phlébite mésaraïque avec gangrène de l'intestin, il est cependant intéressant de constater qu'il existe certains rapprochements entre les diverses observations.

Dans les observations précédentes tout le système porte est atteint, même le tronc, et c'est toujours une lésion localisée à l'intestin que l'on constate. Dans notre premier cas le tronc de la mésaraïque seul était oblitéré et tout l'intestin grêle se trouve sphacélé.

C'est là un cas peut-être unique, dont Gallavardin signale la possibilité sans en rapporter aucune observation : il y a là une particularité qui nous semble peut-être susceptible d'être expliquée par les données anatomiques.

Mais d'abord comment expliquer la gangrène localisée? Barth, Hirtz et Josué supposent « que la thrombo-phlébite généralisée du système porte n'amène qu'une lésion localisée de l'intestin à cause de l'absence complète de voies sanguines anastomotiques dans cette région située au centre du bouquet mésentérique ». Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette affirmation.

D'autre part, les résultats expérimentaux auxquels est arrivé Bégouin (*Arch. physiol.*, 1898) en pratiquant la ligature des arcades anastomotiques juxta-intestinales, ne nous apprennent rien, au point de vue qui nous occupe, puisqu'il s'agit d'oblitération expérimentale des branches terminales. Peut-être pourrait-on expliquer dans ces cas le peu d'étendue d'intestin sphacélé en cas de thrombo-phlébite porte, par le fait du développement de la circulation collatérale pariétale, et de fait chez le malade de Hirtz et de Josué les veines distendues se dessinaient sous la peau.

Mais il est certain que si à la rigueur cette explication peut paraître suffisante dans ce cas, elle reste sans valeur dans la plupart des observations où cette vascularisation n'existe pas.

Peut-être alors pourrait-on invoquer l'existence d'un bourgeon endo-phlébitique insuffisant pour oblitérer totalement le calibre du tronc porte. De ce fait il résulte dans tout le réseau d'origine une stase plus ou moins prononcée de la circulation. La même cause qui a produit la phlébite du tronc porte n'en pourra que plus facilement produire une endo-phlébite avec oblitération complète dans des radicules ou des branches de second ordre au niveau desquelles la circulation est déjà ralentie.

Sans doute c'est parce que le réseau capillaire de l'intestin grêle est terminal que la gangrène a lieu. Ce n'est pas dans ce cas par anémie, mais par arrêt du renouvellement sanguin. Le sang artériel afflue en abondance, gorge veines et capillaires au point de rompre le plan superficiel et de produire l'hémorragie intestinale. Mais comme les voies d'évacuation sont oblitérées et qu'il n'existe pas d'anastomoses, de voies de décharge, le sang stagne et perd ses pouvoirs nutritifs et oxydants.

Une seule artère, la grande mésaraïque, nourrit tout l'intestin grêle. Elle s'y épuise en un fin réseau capillaire, d'où les radicules veineux, origine du système porte, emmènent le sang vers le foie. Ces radicules naissent au niveau des villosités d'un réseau à maille étroite qui en occupe toute la hauteur et enlace le canal chylifère. Les glandes de l'intestin sont enveloppées d'une véritable réticule de canaux veineux d'où les troncs afférents gagnant la sous-muqueuse s'unissent au réseau villositaire. Enfin du centre même des follicules clos partent en rayon des veinules qui, anastomosées, encerclent le follicule et vont s'unir aux origines précédentes dans

la sous-muqueuse où elles forment les plexus sous-muqueux. Les veines gagnent alors la périphérie de l'intestin en s'anastomosant entre les deux couches musculaires fixées à leur surface; de plus en plus volumineuses, elles abordent l'insertion mésentérique dans l'intervalle de ses deux feuillets, elles remontent vers la veine grande mésaraique en formant comme les autres une série d'arcades, Il n'existe donc aucune voie de décharge depuis l'intestin grèle jusqu'au tronc de la mésaraïque, mais aux deux extrémités de l'angle jéjunal et dans la portion iléo-cæcale le torrent veineux peut trouver des voies de dérivation. La première veine mésaraïque jéjunale s'anastomose avec les veines pariétales tributaires du système cave, avec les veines pancréatiques tributaires de la splénique. Sur un sujet de l'Ecole pratique l'un de nous a eu l'occasion de voir une assez grosse veine jéjunale monter avec le muscle de Treitz pour se jeter dans le système des veines diaphragmatiques inférieures.

Au niveau de la portion iléo-cæcale la circulation peut se rétablir par l'intermédiaire des veines coliques droite puis gauche, des veines allant à la paroi postérieure de l'abdomen.

On voit donc qu'en cas d'oblitération du tronc de la grande veine mésaraïque si la circulation est totalement arrêtée dans toute l'étendue de l'intestin grêle, elle pourra cependant trouver des voies de suppléance étroites, mais très nombreuses, aux deux extrémités du jéjuno-iléon.

En résumé, pour expliquer les cas de gangrène localisée, on peut admettre ou que l'oblitération n'est qu'en apparence totale sur le tronc de la veine porte et totale sur une de ses branches, ou bien encore que si l'oblitération est totale sur le tronc de la veine porte, les branches de dérivation situées aux deux extrémités de l'intestin grêle peuvent limiter l'étendue de la gangrène.

Ces considérations nous amènent facilement à comprendre le mécanisme de la gangrène totale.

Il est encore un point qui reste obscur dans l'histoire de cette affection, c'est la cause qui lui a donné naissance, et nous ne trouvons rien dans le travail de Gallavardin qui puisse nous renseigner à ce sujet. Qui dit phlébite à l'heure actuelle sous-entend infection. Et pourtant le passé morbide de ces malades est intact. Ils étaient tous bien portants quand leur maladie s'est déclarée. Le nôtre ne présenta pas le moindre malaise avant les premières douleurs de ventre. C'est de même brusquement, en en pleine santé, que les malades de Barth, de Teissier, de Péron et Beaussenat, d'Hirtz et Josué ont été atteints. Dans le cas de Letulle et Maygrier, cependant l'étiologie est manifeste : la malade est une puerpérale ayant déjà une phlébite du membre inférieur.

Il est donc tout logique de penser que la même infection s'est localisée dans sa mésaraïque supérieure pour y provoquer les mêmes lésions d'endo-phlébite que dans son membre.

Faut-il invoquer dans les autres cas, une infection générale latente, mal caractérisée, comme celles qui provoqueraient la phlébite des variqueux ? Faut-il au contraire invoquer une infection locale, partie de l'intestin? Les radicules portes en effet se trouvent constamment en rapport avec une muqueuse à la surface de laquelle la pullulation microbienne est plus abondante que partout ailleurs. Les microbes même peuvent facilement pénétrer l'épithélium intestinal, cheminer jusqu'au plexus veineux de la villosité et gagner par la voie porte la glande hépatique. Le système porte est donc constamment, même en temps normal, un chemin de passage pour les microbes venus de l'intestin.

Mais en outre la muqueuse intestinale doit facilement et fréquemment se trouver déchirée, détruite même par les multiples débris plus ou moins résistants qui cheminent avec le bol fécal, et ainsi se trouve ouverte une porte d'entrée à l'envahissement microbien. De même le bouton d'acné écorché, la lésion de grattage peut devenir le point d'entrée par où l'infection gagnera la veine variqueuse par exemple.

Chez notre malade, comme chez celle de Hirtz et Josué, la diarrhée que l'on observa au début serait-elle la cause de cette phlébite? au contraire n'en serait-elle que la conséquence? On sait qu'elle n'existait pas chez notre deuxième malade. Il suffira de constater d'ailleurs que cette diarrhée a été un symptôme secondaire, qu'elle s'est montrée après le début de la douleur. Il semblerait donc plus naturel de penser qu'elle n'est que la manifestation de la gêne circulatoire, tout comme l'œdème du membre est la manifestation de la gêne circulatoire en amont de la phlébite.

La question thérapeutique n'a jamais été envisagée jusqu'ici.

Il est certain que lorsque, comme dans notre cas, la gangrène est étendue, toute intervention devient illusoire. Dans notre premier cas, mon interne a établi un anus : dans le deuxième cas, tout s'est borné à une laparotomie exploratrice.

Les deux malades ont succombé.

Dans le cas au contraire où la lésion est limitée et que l'infection péritonéale n'est pas généralisée, la résection peut-elle être tentée avec quelques chances de succès? je l'ignore, et je serai heureux que nos collègues viennent apporter des faits à cette tribune.

M. Quénu. — Je m'étonne que M. Picqué n'ait pas cherché à nous démontrer la filiation qu'il a établie entre la phlébite et

la gangrène. Or, chez ses deux malades, il y a eu une diarrhée « prémonitoire » pendant quinze jours : l'altération intestinale n'était-elle pas initiale ?

Je ne crois pas qu'on ait jamais démontré pour les membres un seul cas de gangrène engendrée par une phlébite ; d'autre part, je ne crois pas non plus que les pyléphlébites adhésives ou suppuratives qui ont été publiées se soient accompagnées de gangrène.

Je demande donc à M. Picqué de nous prouver que cette phlébite a été primitive. A-t-il fait un examen bactériologique du thrombus? quel était l'état des artères? en a-t-on fait des coupes histologiques? Voilà autant de questions préalables à trancher.

M. Picqué. — Je remercie mon excellent collègue de ses réflexions très judicieuses. *A priori* on pourrait admettre que la lésion intestinale a été la première en date, et que la diarrhée et la phlébite ont été secondaires. Si j'ai admis cette filiation, c'est qu'elle a été adoptée par des collègues dont nous connaissons la profonde expérience.

M. Quénu a parlé de l'absence de gangrène dans la phlébite des membres, et il a eu raison, car la gangrène y est en effet inconnue. Il me permettra toutefois de lui faire remarquer que les conditions anatomiques y sont certainement différentes. Tandis que les voies anastomotiques collatérales sont nombreuses au niveau des membres, il existe au niveau de l'intestin des conditions spéciales, qu'un anatomiste distingué comme est notre collègue connaît beaucoup mieux que moi et que j'ai exposées au cours de mon mémoire.

L'absence de voies de dérivation du niveau de l'intestin et l'existence du réseau capillaire terminal de l'intestin grêle expliquerait cette différence entre la phlébite du système porte et la phlébite des membres.

Je répondrai encore à M. Quénu que l'examen bactériologique du caillot n'a pas été fait, mais que M. Dagonet prépare une étude anatomo-pathologique de la muqueuse que je vous présenterai dans la prochaine séance.

M. Quénu. — Les voies collatérales existent, mais elles sont dans la paroi même de l'intestin.

On peut le démontrer par une injection. Rien ne communique plus facilement que les vaisseaux des anses intestinales voisines.

M. Picqué. — En réponse aux considérations anatomiques présentées par notre collègue, je me permettrai de lui rappeler les expériences de Bégouin dont j'ai parlé dans mon travail et qui

semblent confirmer l'absence de circulation veineuse collatérale au niveau de l'intestin.

M. Quénu. — Il s'agit de la ligature des artères. La ligature simple des veines a-t-elle déterminé de la gangrène?

M. Picqué. — Dans les expériences en question, la ligature portait en effet sur les veines et les artères.

M. Tuffier. — L'injection des vaisseaux d'une anse intestinale par les artères d'une anse voisine est possible, mais il ne faudrait pas croire qu'on puisse supprimer le bord mésentérique d'une anse intestinale trop étendue sans crainte de gangrène. Anatomiquement les anastomoses sont suffisantes, mais physiologiquement elles sont insuffisantes à la nutrition.

Présentations de malades.

Paralysie faciale double consécutive à l'extirpation d'une tumeur maligne des deux parotides; restauration partielle de la fonction nerveuse au bout d'un an.

M. Tuffier. — La malade que je vous présente a subi, à un an d'intervalle, la résection du nerf facial des deux côtés pour une tumeur maligne des deux parotides. A la suite de cette opération, la paralysie des deux moitiés de la face se montra complète; la fermeture des paupières était, entre autres, absolument impossible. Or, cette femme est revenue me voir récemment : non seulement, elle n'a pas la moindre trace de récidive ni d'un côté ni de l'autre, mais elle déclare que, depuis six mois environ, la motricité a reparu et s'est accentuée peu à peu dans la moitié gauche de la face. En effet, et comme vous pouvez vous en convaincre par vous-mêmes, la malade peut actuellement fermer complètement l'œil gauche et contracter légèrement la partie gauche du visage qui est atteint d'un tic léger. Du côté droit, la paralysie persiste à peu près dans le même état qu'auparavant. Depuis trois ans l'œil droit ne s'est jamais fermé, et vous voyez qu'il n'y a pas trace de trouble trophique.

Il y a là un fait intéressant de régénérescence des fonctions d'un nerf après sa résection que je livre sans plus de commentaires aux physiologistes et aux anatomo-pathologistes.

Voici, du reste, l'observation détaillée de ma malade (1).

(1) Obs. sur les notes de M. Dumont, externe du service.

Mme R..., trente-six ans, entre dans mon service de la Pitié, pavillon Gerdy, le 9 décembre 1898, pour une tumeur de la région parotidienne droite que j'ai vue à l'hôpital Beaujon pour la première fois il y a sept ans. Il s'agissait alors d'une tumeur bénigne que je lui conseillai de se faire opérer. Elle refusa.

Cette femme déclare qu'elle n'a jamais été malade. Cependant, on lui aurait enlevé autrefois une petite tumeur (kyste?) de la paupière ; mais il semble que personne n'y ait attaché d'importance.

Il y a huit ans, la malade fut atteinte d'oreillons avec fluxion prédominante à droite ; la période aiguë dura une huitaine de jours et fut très douloureuse. Pas de complications. Mais à la suite de cette infection, il resta, derrière la branche montante du maxillaire droit, une petite tuméfaction indolente, et d'une consistance ferme n'allant pas jusqu'à la dureté. Les médecins qui, dans la suite, virent la malade, diagnostiquèrent tous une tumeur bénigne de la parotide ; et, en effet, cette tumeur n'eut jamais ni dans son évolution, plutôt latente, ni dans ses caractères, très atténués, une allure maligne. Il y a quatre ans, à la suite d'une vive émotion ressentie par la malade (?), la tumeur subit une assez forte poussée inflammatoire, avec fièvre, tension, douleurs, qu'on calma en quelques jours ; mais la tumeur avait augmenté de volume et celui-ci resta supérieur à ce qu'il était auparavant. Depuis lors, la tumeur a continué à s'accroître progressivement ; quatre fois encore, elle présenta, à des intervalles assez espacés, des poussées semblables à la première, bien que plus atténuées. Du reste, la douleur, nulle à l'état ordinaire, était peu accentuée pendant la crise et se localisait à la portion inférieure de la tumeur où la malade percevait, dit-elle, comme une petite glande.

Depuis cinq ou six ans, la malade se plaint de n'avoir presque plus de salive ; sa bouche est presque constamment sèche ; ses dents sont tombées les unes après les autres et non sans de vives douleurs.

L'*examen* de la malade, pratiqué le jour de l'entrée à l'hôpital, donne les résultats suivants :

Femme brune, de taille moyenne, bien constituée, assez grasse, non anémiée. Pas de fièvre (temp., 36°9 ; pouls, 88, régulier, égal, fort). Urines claires, jaunes, absolument normales. Tous les appareils fonctionnent normalement.

Dans la partie postérieure de la moitié droite de la face, la malade porte une tumeur du volume d'un gros poing d'adulte. Cette tumeur, arrondie, lisse, de coloration semblable à celle de la peau avoisinante, — sauf tout à fait en arrière où elle présente une zone rouge violacé de l'étendue d'une pièce de 5 francs, — occupe manifestement la région parotidienne. Sa partie moyenne, proéminente, correspond à peu près à l'angle de la mâchoire ; en ce point, le lobule de l'oreille est fortement refoulé en dehors. En avant et en haut, la tumeur est à peu près limitée par une ligne allant de l'articulation temporo-maxillaire à la commissure labiale de ce côté. En bas, elle s'étend jusque vers le milieu du côté droit du cou. En arrière enfin, elle va jusqu'à l'apophyse mastoïde. Le muscle sterno-mastoïdien, autant qu'on peut s'en convaincre

par les mouvements de tête qu'on fait faire à la malade, semble être refoulé à la partie postérieure et profonde de la tumeur.

Celle-ci, ai-je dit, présente en un point de sa surface une plaque rouge violacé; cette plaque est située juste au-dessus du lobule de l'oreille et correspond à peu près à l'espace compris entre l'apophyse mastoïde et l'angle de la mâchoire. A ce niveau, il existe manifestement de la fluctuation. Partout ailleurs, la tumeur, qui est mate à la percussion, donne à la palpation une sensation plus ferme; néanmoins, elle n'est dure en aucun point, mais plutôt molle. Absolument lisse et arrondie, elle n'adhère à la peau en aucun point, sauf un peu au niveau de la plaque rouge violacé indiquée plus haut. Elle est à peine mobile et semble fixée dans la profondeur par un pédicule s'enfonçant en arrière de la branche montante du maxillaire. Elle n'est nullement douloureuse à la pression.

La salivation est absolument abolie du côté de la parotide droite.

L'examen du pharynx ne dénote aucune tuméfaction de ce côté. La contractibilité des muscles de la moitié droite de la face est à peu près intacte : le facial n'est donc pas dégénéré. Conservation de la sensibilité. Diagnostic : tumeurs malignes de la parotide.

Opération le 10 décembre 1898. — Chloroforme. Longue incision de 10 centimètres au niveau du sommet de la tumeur. Cette incision, parallèle au bord inférieur de la mâchoire inférieure, commence au-dessous et un peu en arrière du lobule de l'oreille. Je tombe sur une tumeur légèrement bosselée, c'est-à-dire lobulée, que je me mets en devoir d'extirper. Cette extirpation est excessivement pénible, la tumeur ayant contracté de fortes adhérences avec les parties voisines : muscles, vaisseaux, nerfs. Certains de ces organes en sont même fortement infiltrés; tel le muscle sterno-mastoïdien dans son tiers supérieur et dans une bonne partie de son tiers moyen. En outre, la tumeur envoie des prolongements dans les interstices des organes voisins; l'un de ces prolongements s'en va très loin, très profondément vers le pharynx, le long du paquet vasculo-nerveux formé par la carotide interne, la jugulaire interne, le pneumogastrique; prolongement et paquet vasculo-nerveux sont très adhérents, en sorte que, pour extirper le premier, il faut le gratter prudemment et minutieusement avec la curette tranchante, ce qui demande beaucoup de temps.

Quant à la carotide externe et au nerf facial, englobés en pleine tumeur, j'ai été obligé de les sectionner dès le début de l'opération, au moment où j'ai enlevé la masse principale de la tumeur afin d'attaquer plus facilement le prolongement pharyngien. L'hémorragie a été assez abondante au cours de l'extirpation, qui a duré trois quarts d'heure. Réunion sans drainage.

Suites opératoires. — Rien de bien particulier à signaler. Dès le lendemain, au premier pansement, qu'on change parce qu'il est souillé de sang, on note la paralysie complète du côté droit de la face : occlusion des paupières impossible, langue déviée à gauche, légère difficulté de la parole.

La malade quitte l'hôpital le 17 décembre après qu'on lui a enlevé

ses fils. Cicatrisation par première intention; mais la cicatrice est irrégulière, déprimée, froncée. Léger œdème de la joue. Abolition de la motricité dans toute la région droite de la face. Cependant, la malade peut abaisser légèrement la paupière supérieure droite. Chose curieuse, depuis l'opération la salivation de la parotide gauche a notablement augmenté. Aucune douleur.

J'ai revu la malade environ tous les six mois. Pas de récidive. Persistance de la paralysie faciale. Mais au commencement de l'année 1899 apparaît une nouvelle tumeur dans la parotide gauche, tumeur profonde, diffuse, centrale. Après trois mois, cette tumeur prend un tel développement que je reçois la malade dans mon service de Lariboisière, le 20 décembre 1899.

A son arrivée dans le service, la malade présente une tuméfaction parotidienne, allant depuis le bord supérieur de l'oreille en haut jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire. Cette tumeur, du volume d'une orange, est bombée, de consistance assez ferme, non dépressible. A la partie inférieure, la peau qui recouvre la tumeur est rougeâtre et violacée. A ce niveau, la tumeur est dépressible et fluctuante. Aucune douleur à la pression. Gêne de la mastication.

Opération le 9 janvier 1900. — Incision partant de la partie moyenne du pavillon en arrière, et qui descend à 10 centimètres au-dessous. La parotide est adhérente partout, même à la peau.

Résection d'une partie de la peau qui est infiltrée.

On enlève d'abord une partie kystique, la partie inférieure. J'isole le bord postérieur et l'extrémité inférieure de la tumeur, puis je fais basculer d'arrière en avant. Après ligature de la carotide externe, je lie la jugulaire adhérente. J'extirpe toute la tumeur, sauf un prolongement entre le pharynx et l'atlas. J'enlève secondairement ce prolongement. Ligatures, hémostases au catgut. Suture, drainage.

Suites opératoires. — Réunion *per primam* sans aucun incident. Paralysie faciale double, complète et absolue. Sécheresse de la bouche et des lèvres. Sort de l'hôpital le 18 janvier.

Je revois la malade tous les deux mois. La paralysie faciale gauche, depuis le mois de juin, s'est amendée; l'orbiculaire a d'abord pu se contracter légèrement, puis plus complètement, sans arriver encore à fermer l'orifice palpébral, mais sa contraction volontaire est très nette. Il existe un léger tic, caractérisé par des contractions rythmiques des élévateurs de la commissure labiale gauche. Aucun trouble trophique. Bon état général. Ganglions des deux creux sus-claviculaires.

Chute sur le moignon de l'épaule.

M. Picqué demande l'avis de ses collègues sur le cas d'un malade qui a fait une chute sur le moignon de l'épaule, suivie d'une fracture probable de l'humérus et d'une paralysie incomplète du radial.

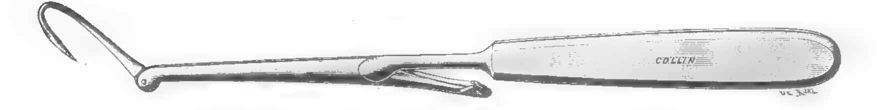
Amputation ostéo-plastique.

M. Duval présente un malade à qui il a fait une amputation ostéo-plastique de jambe à lambeau postérieur. M. Reclus, rapporteur.

Présentation d'instrument.

Aiguilles obliques à pédale.

M. Legueu. — Depuis longtemps j'avais remarqué la difficulté de lier les surjets péritonéaux pelviens avec les aiguilles ordinaires ;



ni les aiguilles courbes de Reverdin, ni les aiguilles à pédale ne peuvent se plier à la courbure du bassin et permettre facilement de faire bien et vite les sutures nécessaires. C'est pour remédier à ces défectuosités que j'ai fait construire par M. Collin les aiguilles que je vous présente et qui sont faites exclusivement pour le *temps pelvien* des sutures de la laparotomie. Il y en a deux, une pour le côté droit, une pour le côté gauche. Grâce à leur obliquité, elles s'adaptent perpendiculairement au bord supérieur du ligament large, au moignon du col après l'hystérectomie totale, et m'ont paru de nature à simplifier beaucoup le placement des sutures à ce niveau.

Élections

Nomination des commissions chargées d'examiner les titres des candidats aux places vacantes d'associés étrangers, de correspondants étrangers et de correspondants nationaux.

Commission pour les correspondants nationaux.

Votants : 25. Majorité : 13.

MM. Kirmisson.	obtient	24	voix.	Élu.
Delorme.	—	24	—	Élu.
Broca	—	24	—	Élu.
Routier	—	24	—	Élu.
Demoulin	—	1	—	
Walther.	—	1	—	

Commission pour les correspondants étrangers.

Votants : 20. Majorité : 11.

MM. Picqué	obtient	20	voix.	Élu.
Gérard Marchant	—	20	—	Élu.
Hartmann.	—	17	—	Élu.
Bazy	—	1	—	
Kirmisson	—	1	—	
Tuffier	—	1	—	

Commission pour les associés étrangers.

Votants : 25. Majorité : 13.

MM. Quénu	obtient	24	voix.	Élu.
Guinard.	—	24	—	Élu.
Jalaguier	—	24	—	Élu.
Gérard Marchant	—	1	—	
Kirmisson.	—	1	—	

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 15 JANVIER 1902

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° — Une lettre de M. Potherat, qui, toujours retenu en province par la maladie de l'un des siens, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3° — Un travail de M. le Dr Véron, médecin militaire, intitulé : *Anévrisme cirsoïde de la région pariétale gauche. Ablation. Guérison.* Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. Picqué est nommé rapporteur.

4° — Trois publications de M. le Dr Fontoynont (de Tananarive) intitulées, la première : *Prolapsus total du rectum guéri par la rectococcypexie*; la seconde : *Atrésie du col utérin. Hydrométrie*; la troisième : *Absence du vagin. Hématométrie.* Les trois publications de M. Fontoynont sont renvoyées à une Commission dont M. Chaput est nommé rapporteur.

M. le Président annonce à la Société que MM. Broussin (de Versailles) et Auffret, membres correspondants, assistent à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Examen histologique de la muqueuse.

M. PICQUÉ. — J'ai l'honneur de vous communiquer l'examen histologique de la muqueuse pratiqué par M. Dagonet, directeur des laboratoires du Pavillon de chirurgie, et relatif au deuxième cas de thrombose de la veine mésaraïque que je vous ai communiqué à la dernière séance.

Examen histologique de la muqueuse (fiche 41). Il y avait à l'œil nu une délimitation très nette entre les parties sphacélées de l'intestin grêle et les parties limitrophes.

Ces dernières, qui paraissaient normales, présentaient au microscope un certain nombre de lésions. En effet, il y avait une stase vasculaire intense; les capillaires et les veines étaient très dilatés et remplis de globules rouges pressés les uns contre les autres.

Par places, de petites hémorragies s'étaient produites et du sang extravasé s'était répandu dans les espaces conjonctifs des villosités et entre les glandes de Lieberkuhn.

La muqueuse intestinale, dans les parties infiltrées de sang, se colorait alors d'une manière diffuse, tandis que dans les autres parties elle restait normale. Lc tissu cellulaire sous-muqueux et la couche musculaire présentaient les mêmes lésions de stase et des hémorragies.

Dans les parties sphacélées, les lésions étaient considérables. On retrouvait par places, dans la muqueuse, la structure des villosités, mais celles-ci étaient entièrement remplies de sang extravasé. A leur base, quelques culs-de-sac glandulaires existaient encore. Ils n'avaient pas été détruits par l'hémorragie, tandis que les autres parties avaient été éliminées. Les cellules de ces culs-de-sac glandulaires étaient très réfringentes et leur noyau incolore.

A d'autres places, on ne reconnaissait plus la structure de la muqueuse et des villosités intestinales; l'hémorragie était confluente et elle faisait irruption à la surface de l'intestin en entraînant des lambeaux épithéliaux qui se coloraient plus ou moins nettement au milieu de la masse sanguine.

Dans le tissu sous-muqueux, comme entre les fibres musculaires lisses longitudinales et circulaires, on voyait du sang extravasé.

C'étaient, en résumé, les lésions de l'infarctus hémorragique avec nécrose des tissus.

L'examen bactériologique n'a pas été fait.

Comme vous le voyez, Messieurs, il n'est pas fait mention de lésions spéciales pouvant faire admettre une lésion primitive de la muqueuse intestinale avec thrombose secondaire.

Discussion.

Sur la duodénostomie.

M. Terrier. — A propos de l'observation de duodénostomie relatée par mon ami M. le Dr H. Hartmann, je désire appeler un instant votre attention sur une modification que j'ai apportée à la jéjunostomie dans le cas suivant. Cette modification est d'ailleurs fort simple : lorsqu'on a fait l'incision médiane entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic; quand, le péritoine ouvert, on est allé chercher l'anse jéjunale faisant suite à la quatrième portion du duodénum, au lieu de disposer cette anse perpendiculairement à la plaie abdominale, c'est-à-dire en travers, on la fixe longitudinalement, parallèlement par conséquent à la section ventrale.

Les anses de fil placées, et fixant le jéjunum, on diffère de vingt-quatre ou quarante-huit heures la fistulisation de l'intestin, de façon à avoir de solides adhérences; quant à l'ouverture, elle est faite en haut de l'anse fixée, c'est-à-dire vers le bout stomacal, et elle doit être toujours très petite.

Observation de jéjunostomie (résumée par M. Gosset).

Lamorl... (Julien), âgé de trente-sept ans, machiniste, entre le 7 février 1901 dans la clinique chirurgicale du professeur Terrier, hôpital de la Pitié, salle Michon, lit n° 19.

Ce malade vient à l'hôpital pour des troubles gastriques dont le début remonte à deux ans. Jusqu'à cette époque, il avait eu une santé parfaite. La première manifestation morbide consista en pesanteurs douloureuses à l'épigastre, trois ou quatre heures après le repas. Six mois après, ces douleurs sont plus intenses, revêtant parfois le caractère des douleurs en broche signalées dans l'ulcère. Elles sont calmées par les vomissements, à tel point que le malade provoque lui-même ces vomissements.

Ceux-ci ont apparu six mois après les douleurs. Ce sont des vomissements alimentaires, aigres, acides, « agaçant les dents », survenant quatre à cinq heures après chaque repas. Une fois, le malade a remarqué quelques caillots sanguins au milieu des matières vomies. Jamais de méléna.

Depuis deux mois, le moment d'apparition de ces douleurs et des vomissements a changé : ils surviennent dix minutes, un quart d'heure après le repas. L'intolérance gastrique est absolue, l'amaigrissement fait des progrès rapides et la faiblesse est extrême.

L'examen de l'estomac donne les renseignements suivants : Le cathétérisme de l'estomac, à jeun, après douze heures de jeûne, ramène des matières alimentaires : il y a donc stase gastrique. A la palpation et à la percussion, on ne constate pas de dilatation de l'estomac et on ne trouve aucune tumeur.

L'analyse du suc gastrique montre 3 gr. 103 d'acidité totale, donc de l'hyperchlorhydrie.

En somme, étant donnés les caractères de la douleur et des vomissements, étant donnée la stase alimentaire, on peut affirmer une *sténose pylorique.* De quelle origine? sans doute néoplasique, vu le début relativement récent, la présence des caillots sanguins et le degré marqué de la cachexie. Mais comme, depuis deux mois, sont venus s'ajouter aux signes d'un rétrécissement pylorique ceux d'une lésion du cardia (douleur et vomissement immédiatement après l'ingestion des aliments), on porte le diagnostic de *néoplasme du pylore ayant envahi le cardia.*

Opération pratiquée, le 16 février 1901, par M. Terrier aidé par M. Gosset; chloroformisateur, M. Boureau.

On a pratiqué avant l'opération un lavage d'estomac.

Laparotomie médiane sus-ombilicale, de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. L'examen de l'estomac montre un néoplasme à point de départ pylorique, avec envahissement en nappe de toute la face antérieure et des deux courbures. Aussi dut-on pratiquer une jéjunostomie.

On recherche l'angle duodéno-jéjunal, puis on se met en devoir de fixer l'anse à la paroi à une distance de 20 centimètres. Pour cela l'intestin grêle est disposé *verticalement* sur la ligne médiane et il est fixé au péritoine pariétal et aux aponévroses par des points en U à la soie, non perforants.

L'opération fut faite en deux temps, et, pour faciliter l'ouverture de l'anse, deux anses de soie repèrent la séro-musculeuse, vers le haut de la portion fixée, et l'intestin sera ouvert entre les deux anses. Une lanière de gaze aseptique est mise entre les deux lèvres de la plaie, en contact avec l'anse fixée à la paroi. Aussi, deux jours après, quand on enlève cette lanière, la séreuse intestinale apparaît-elle aussi lisse, aussi brillante que si l'opération venait seulement d'être terminée. L'anse jéjunale est ouverte au moyen de la fine pointe du thermo-cautère et on alimente immédiatement le malade par la fistule.

Les suites furent des plus simples.

La bouche était absolument continente; elle ne laissait passer ni liquide injecté, ni liquide intestinal. On pouvait injecter en une seule fois, sans régurgitation, jusqu'à un demi-litre de lait, et, dans les vingt-quatre heures, le malade absorbait ainsi 2 lit. 1/2 de lait et cinq œufs.

En même temps, on faisait chaque jour un lavage d'estomac. Ces lavages ramenaient en abondance un liquide acide, fétide, contenant

des caillots sanguins. Ils soulageaient considérablement le malade. L'amélioration au début fut des plus nettes : disparition des douleurs et augmentation des forces, cela pendant six semaines. Puis l'amaigrissement fait des progrès et le malade sort de l'hôpital, le 17 avril, deux mois après l'intervention, pour aller mourir chez lui. Pendant cette survie de deux mois, le fonctionnement de la bouche jéjunale fut parfait.

Ce qui me paraît intéressant dans ce fait, c'est que la disposition verticale de l'anse jéjunale permet l'introduction dans l'intestin d'une plus grande quantité de liquide nutritif et que celui-ci n'est pas rejeté au dehors, comme cela arrive trop souvent avec la disposition acceptée habituellement par les chirurgiens, qui placent l'anse fistulisée en travers de la plaie abdominale.

M. Reclus. — Pourquoi ne pas faire à la fois une gastro-entérostomie et une gastrostomie?

M. Terrier. — Parce qu'il y avait à la fois un cancer du cardia et du pylore et qu'il eût fallu une double opération, à la fois une gastrostomie et une gastro-entérostomie : c'eût été plus compliqué et plus grave. La mienne résumait les deux.

M. Hartmann. — Je remercie nos collègues, MM. Routier et Tuffier, des faits qu'ils ont apportés au cours de ce débat sur la duodénostomie. Je suis absolument d'accord avec eux sur ce point que, pour l'immense majorité des cas de sténose pylorique consécutive à des brûlures, l'opération de choix est la gastro-entérostomie. C'est une opinion que j'ai personnellement soutenue dans un mémoire communiqué à notre Congrès de chirurgie, il y a sept ans, à une époque où les chirurgiens croyaient, à tort selon moi, devoir traiter les sténoses consécutives aux brûlures par la pyloroplastie; c'est dire qu'avec eux je regarde la duodénostomie comme une opération dont l'indication doit être tout à fait exceptionnelle, car il est tout à fait exceptionnel de se trouver en présence d'un estomac présentant des lésions tellement étendues qu'il est impossible d'y trouver le moindre espace où placer une bouche gastro-intestinale. C'est justement parce que le cas de ma malade me semblait tout à fait rare qu'il m'a paru digne de vous être présenté. Donc, accord parfait entre nous sur ce point.

Au contraire, je ne crois pas que les faits qu'ils ont apportés soient comparables, au moins au point de vue opératoire.

Les faits de notre collègue Routier : ouverture de l'estomac, introduction par l'incision stomacale d'une sonde qui, traversant le pylore, pénètre le duodénum et permet l'alimentation, peuvent être superposés à celui de Billroth, dont j'avais parlé dans ma

première note et que j'avais éliminé du groupe des duodénostomies. Si la sonde pénètre dans le duodénum, la bouche est gastrique; ce sont des gastrostomies suivies de cathétérisme du pylore.

Quant au fait de M. Tuffier, il a trait à une opération un peu irrégulière : fixation d'un pylore scléreux attiré dans la plaie abdominale, incision de celui-ci, tentatives de dilatation avec des bougies, puis avec le doigt; fente de la région duodénopylorique, pose d'un drain; mort dans la soirée. Il est bien évident que, malgré les obscurités de cette observation, il s'agit là d'une section portant directement sur le point rétréci, d'une sorte de pylorotomie, et qu'il ne s'agit pas d'une duodénostomie vraie.

Je ne dirai rien sur la communication de M. Terrier. Son procédé de jéjunostomie est excellent, répond à des indications plus étendues que la duodénostomie; je crois, cependant, que dans les cas où la duodénostomie est faisable, comme elle conserve une plus grande étendue d'intestin, elle est préférable. J'ai du reste eu, chez ma malade, comme M. Terrier chez son opéré, une augmentation considérable de poids.

Rapports.

Fistule pelvirectale supérieure, par le Dr ALBERT MARTIN, professeur à l'École de médecine de Rouen.

Rapport par M. A. BROCA.

L'observation que nous a adressée M. A. Martin est celle d'une femme de vingt-cinq ans, chez laquelle débuta, le 1er novembre 1900, avec fièvre vive, une douleur intense à l'anus; au bout de trois semaines, son médecin lui ouvrit un volumineux abcès et introduisit dans la plaie non pas un drain, mais une mèche. Le soulagement fut immédiat et considérable, mais il persista une fistule pour laquelle M. A. Martin fut consulté le 6 mars 1901. Le suintement, continu, était notable, assez pour obliger la malade à se garnir; de plus, il y avait tous les cinq ou six jours une sorte de petite débâcle. Comme la patiente supportait mal l'exploration, M. Martin l'endormit pour la soumettre, le 16 mars, à un examen complet, et, en introduisant un hystéromètre dans l'orifice, qui siégeait à 4 centimètres de l'anus, il put l'enfoncer à 11 centimètres, après avoir franchi un rétrécissement à 5 centimètres, et constata,

par le toucher rectal concomitant, que l'instrument était séparé du doigt par une forte épaisseur de tissus. Par le toucher vaginal, on sentait, en déprimant le cul-de-sac vaginal, sur la face antérieure du sacrum, au-dessous de la symphyse sacro-iliaque, une tuméfaction indurée, immobile, douloureuse à la pression, ayant les dimensions d'un cachet médicamenteux.

Ce dernier signe, joint à la profondeur où s'enfonçait l'hystéromètre, démontrait qu'il s'agissait d'une fistule pelvi-rectale supérieure, ce qui fut confirmé par les constatations faites en cours d'opération.

En effet, le 28 mars, par une incision de 6 centimètres parallèle au sphincter externe et à la grande lèvre gauche, la sonde cannelée servant de guide, le trajet fut débridé, le releveur de l'anus traversé, et M. Martin arriva au-dessus de ce dernier muscle, dans une cavité grosse comme une noix, à peu près vide de pus et de fongosités ; cette cavité fut nettoyée, touchée au chlorure de zinc à 1/15, puis le trajet fistuleux, induré, fut excisé, et, enfin, la plaie fut tamponnée à la gaze iodoformée. Au bout de sept semaines, la malade était guérie ; et elle le restait quatre mois plus tard ; il persistait seulement, au toucher vaginal, la petite induration douloureuse signalée plus haut.

Le point à débattre, dans le diagnostic, consistait à se demander si, à cette induration, ne correspondait pas une origine ostéopathique de la fistule ; car on sait que, dans les cas de ce genre, cette étiologie est fréquente. Cliniquement, M. A. Martin n'avait pu trouver aucun signe ou symptôme de lésion ostéo-articulaire du bassin, du rachis, de la hanche ; en opérant, il explora attentivement la cavité avec le doigt et ne put sentir aucune surface dénudée. Il conclut donc que l'os n'est pas en cause ; le succès rapide et complet d'une opération limitée aux parties molles dépose en faveur de cette opinion. Le seul fait qui nous impose quelques réserves pour l'avenir est la persistance d'un point empâté et douloureux, accessible au toucher vaginal.

En tout cas, cette observation montre que l'incision large extrarectale peut donner des succès dans ces fistules, où l'on ne doit pas entreprendre, comme pour les fistules à l'anus ordinaires, l'incision franche de la paroi rectale.

Kyste hydatique du foie, greffes hydatiques dans le péritoine, par le Dr Albert Martin, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen.

Rapport par M. A. BROCA.

Vous vous souvenez peut-être que, le 21 mars 1900, a eu lieu, parmi nous, une courte discussion sur la possibilité des greffes directes d'hydatides dans le péritoine aux dépens des germes versés dans la séreuse par un kyste hydatique rompu. Presque tous, nous avons admis la réalité du fait, malgré les protestations élevées par M. Potherat contre notre opinion au nom de la zoologie et de la théorie de Van Beneden sur les migrations successives nécessaires au développement du parasite. Comme je l'ai fait remarquer, il est vrai, à cette époque déjà existaient quelques travaux expérimentaux favorables à notre manière de voir ; et depuis, la réalité de ces greffes directes a été mise hors de doute par les recherches que, l'an dernier, F. Devé a consignées dans sa si remarquable thèse. Aussi ai-je moins peur de me faire traiter d'hérétique en osant dire que je crois probante l'intéressante observation soumise à notre examen par M. A Martin.

Il est d'abord à remarquer que chez cet homme, âgé de trente-sept ans, la tumeur hépatique s'est développée à la suite d'un trauma survenu treize ans auparavant ; à la suite de ce choc, qui fut violent, les symptômes ont débuté et, depuis dix ans, le kyste hydatique est diagnostiqué avec netteté. Mais le malade, au total bien portant, refusait toute opération. Les accidents nouveaux remontent à un an.

A cette date, à la suite d'un effort en tournant la manivelle d'un broyeur de pommes, le malade éprouva brusquement dans le ventre une sensation de déchirure, de craquement qu'il localisa au niveau du nombril.

Il fut pris de sueurs froides, se reposa quelques minutes, mais sans prendre le lit.

La douleur se calma peu à peu, et il put dîner quelques heures après. Il ne remarqua les jours suivants rien de particulier, ni urticaire, ni fièvre, ni sensibilité plus grande de l'abdomen.

Il y a six mois, aux symptômes précédents, qui persistent, s'ajouta une douleur assez vive, siégeant entre les deux épaules, mais elle fut à peu près tolérable jusque dans ces dernières semaines.

C'est seulement depuis quinze jours qu'elle est devenue réellement aiguë.

En outre, depuis le même temps, le malade souffre beaucoup d'une douleur au creux épigastrique qui l'empêche de garder

longtemps la station debout. Alors seulement, il commença à accepter de son médecin habituel l'idée d'une opération. D'ailleurs, depuis deux semaines également, il a considérablement maigri (de 7 à 8 kilogrammes). Son appétit est resté à peu près normal, jusque dans ces derniers temps.

Mais, depuis quinze jours, il ne peut prendre que du lait, il a des vomissements aqueux ou bilieux faciles (véritables régurgitations). Il est soulagé après le vomissement.

Jamais d'ictère. Jamais de troubles intestinaux.

Urine normale.

A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur volumineuse qui occupe toute la partie supérieure de l'abdomen. Elle est bosselée, irrégulière, dure, sans fluctuation ni frémissement. Elle fait saillir l'épigastre, s'étendant un peu plus à gauche qu'à droite (le malade déclare que sa tumeur a débuté à gauche), descend jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic suivant une ligne à convexité inférieure.

A ces limites données par la palpation répond une matité absolue. Les flancs sont libres. Très superficiellement, à fleur de peau pour ainsi dire, on sent à l'épigastre des nodosités arrondies du volume d'une bille et si parfaitement mobiles, que le doigt les fait rouler facilement depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au dessous de l'ombilic. Elles paraissent ainsi sans aucune attache appréciable.

Le 4 octobre 1900, M. Martin fit la laparotomie médiane susombilicale, et, après avoir évacué le kyste, il constata les particularités suivantes, pour lesquelles je lui cède la parole :

« Le doigt qui explore la cavité constate que profondément, en haut et à gauche, la coque conjonctive de la poche, épaisse partout ailleurs, présente une solution de continuité, sorte de rainure verticale, longue de 4 à 5 centimètres, large de 1 centimètre environ, et dans laquelle le doigt n'ose s'appuyer par crainte de sortir du kyste. J'ai alors l'impression qu'il y a eu en ce point rupture de la poche et que ce sont de simples adhérences avec le péritoine et les viscères voisins qui ont refermé la cavité kystique.

« L'exploration de la cavité abdominale me confirme bientôt dans ce sentiment. Je constate, en effet, que la cavité péritonéale est, pour ainsi dire, bourrée d'hydatides. Il est impossible de les énumérer, car partout j'en vois et j'en perçois sous la main. Ces hydatides, de volume variable, grosses comme une noisette, comme une noix ou comme un œuf, sont greffées sur tous les organes de l'abdomen. Sur l'épiploon, outre les deux hydatides qu'on sentait rouler sous le doigt par la palpation, il en existe tant d'autres qu'il faudrait le réséquer en totalité pour tout

enlever. Mais il en est aussi sur le mésentère, et en tel nombre, que ce serait folie de songer à en faire l'énucléation.

« Enfin, la main plongeant dans le bassin ou dans les hypocondres rencontre encore des masses immobiles et inénucléables, constituées par des kystes secondaires.

« Il n'y a évidemment qu'à battre en retraite. Je me borne donc à marsupialiser le gros kyste primitif. »

Les suites opératoires ont été simples, et l'opération, qui a trois mois de date, a procuré une grande amélioration. Le malade souffre peu, mange bien et a engraissé. Mais, depuis quelques jours, il commence à éprouver quelques douleurs dans l'hypocondre gauche, et, à ce niveau, la palpation révèle une tuméfaction notable. M. Martin a donc raison de considérer que cette amélioration n'est peut-être que provisoire. Elle est due à la suppression momentanée de la compression exercée par le gros kyste qui a été évacué.

Sachant dans quel état se trouve la cavité péritonéale de ce malheureux, il va sans dire que l'on doit faire les plus grandes réserves quant à sa guérison.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. A. Martin, pour ses deux intéressantes observations, et de songer à lui pour nos prochaines élections de membres correspondants.

M. Hartmann. — Nous admettons tous la possibilité de la greffe directe des hydatides dans le péritoine, démontrée, du reste, par beaucoup d'observations. A ces faits bien connus, je désire ajouter un fait de greffe hydatique dans le tissu cellulaire sous-cutané, fait qui m'est commun avec M. Routier.

Il s'agit d'un malade qui avait un double kyste hydatique du foie que j'ai opéré et guéri par la marsupialisation de la poche et le drainage. *Au moment de l'opération la paroi abdominale était saine, le foie kystique libre d'adhérences*; or ce malade est revenu me voir avec une série de nodosités incluses dans l'épaisseur de la paroi abdominale et qui étaient autant de petits kystes hydatiques.

Je l'ai opéré, il est revenu me voir porteur de nouvelles nodosités kystiques. Je l'ai envoyé à mon collègue Routier, parce qu'il était du quartier de l'hôpital Necker.

M. Routier. — Je l'ai opéré effectivement et j'ai trouvé des vésicules hydatiques dans la paroi abdominale et une dans la vésicule biliaire.

M. Reclus. — J'ai opéré, à la Pitié, un malade porteur d'un kyste hydatique d'un des muscles du triangle de Scarpa. Il est revenu me voir au bout d'un an avec un kyste de la même région.

M. Tuffier. — La greffe des hydatides dans les tissus n'est plus guère mise en doute aujourd'hui, au moins par les chirurgiens. Je vous rappellerai un fait que j'ai déjà rapporté ici il y a deux ans (séance du 21 mars 1900). J'avais opéré, par marsupialisation, chez une jeune fille, un énorme kyste hydatique du foie. Or, deux mois après avoir quitté mon service, elle revint me trouver avec un kyste sous-dermique formé par une grosse vésicule comprise dans la cicatrice. Je l'excisai ; la malade guérit et est restée guérie.

M. Broca. — Je ferai remarquer à M. Reclus que la présence d'un nouveau kyste dans la région déjà opérée n'est pas la preuve d'une greffe, que ce kyste est le résultat d'une greffe, et qu'il pouvait coexister. C'est ce que nous voyons tous les jours pour les récidives de kyste du foie.

J'ai reçu hier, dans mon service, un enfant que j'ai opéré il y a neuf ans par la voie antérieure, pour un kyste du foie. Je l'ai réopéré il y a quatre ans pour un second kyste par voie lombaire. Il est rentré ce matin avec une récidive que je crois être dans la cicatrice ; ce cas serait donc comparable à celui de M. Tuffier. Je vous donnerai des renseignements plus précis quand je l'aurai opéré.

Communication.

Mort par le chloroforme.

M. Poirier. — Messieurs, j'ai le douloureux devoir de vous communiquer l'observation d'un cas de mort, survenu il y a quelques semaines dans mon service de l'hôpital Tenon, au cours d'une chloroformisation. Ce cas, le seul que j'aie eu l'occasion d'observer depuis que je suis chirurgien, n'appartient pas aux catégories signalées d'accidents par syncope respiratoire au cours de l'anesthésie, ni aux syncopes cardiaques qui marquent parfois le début de la chloroformisation : il s'agit d'une syncope cardiaque survenant vingt minutes après le début de l'opération, en plein sommeil.

Le 4 décembre dernier entra dans mon service une malade âgée de cinquante-huit ans. Cette femme avait été soignée depuis le 31 août dans le service de mon collègue et ami Launois pour une affection de l'estomac caractérisée essentiellement par des vomissements, des douleurs gastriques, de l'hypochlorhydrie. Le régime lacté n'avait produit que peu d'effet et bientôt il avait fallu recourir à la morphine pour calmer les douleurs devenues intolérables ; la dose, d'un centigramme par jour d'abord, fut portée à 2 centigrammes pendant tout le mois de novembre. En dépit de

tous les soins, la malade maigrit et se cachectisa rapidement et l'on put constater alors dans la région épigastrique une plaque d'induration profonde.

Lorsqu'elle entra dans mon service, la malade était dans un état d'affaiblissement et de cachexie tels qu'il lui était impossible de marcher ; à grand'peine elle arrivait à s'asseoir dans son lit. Le diagnostic de néoplasme de l'estomac, peut-être développé sur un ancien ulcère, avait été fait et, comme on le verra par la suite, bien fait, par Launois. Comme la malade refusait ou rejetait toute nourriture y compris le lait, je fis pratiquer immédiatement une injection de 500 grammes de sérum. J'examinai la malade dès le lendemain de son entrée : au cours de cet examen, je la fis asseoir pour lui introduire le gastroscope, que j'étudie depuis plus d'un an en collaboration avec mon ami le Dr Michel, et il fallut s'empresser de la recoucher tant était grande la faiblesse.

Le 5 décembre, la malade fut portée à la salle d'opération, et endormie par chloroforme avec la prudence et les précautions nécessaires. Elle s'endormit très vite, facilement, sans la moindre résistance, sans effroi préalable, et bientôt la respiration s'établit régulière. Alors, ayant incisé le long de la portion sus-ombilicale de la ligne blanche, je constatai que toute la face antérieure de l'estomac était soudée au foie par de très anciennes adhérences ; je dégageai celles-ci sans trop de peine ; — quelques points de suture furent placés sur le foie pour arrêter un suintement sanguin. Il me fut alors aisé de voir que la moitié supérieure de la face antérieure de l'estomac et toute la petite courbure formaient une masse de consistance ligneuse sans limites précises, comme nous sommes habitués de le voir autour des ulcères très anciens. On ne pouvait songer à enlever une telle masse : je résolus de faire une gastro-entérostomie postérieure. Comme je commençais à relever le grand épiploon, l'opérée fit quelques mouvements, ses muscles droits se contractèrent ; je priai l'externe qui administrait le chloroforme avec la plus grande prudence de donner quelques gouttes, puisque la malade respirait régulièrement, et se défendait. A peine la compresse eut-elle été replacée sur la bouche, que le cœur s'arrêta brusquement.

J'eus la notion très nette du moment précis de cet arrêt, car, n'ayant pas lâché le grand épiploon que j'étais en train de relever, j'avais entre le pouce et l'index les battements d'une gastro-épiploïque dont j'avais fait remarquer un instant auparavant la turgescence et la grosseur.

Ces battements s'arrêtèrent brusquement, je redressai la tête pour regarder la malade, elle présentait la pâleur, la dilatation des pupilles, tous les caractères de la mort. La respiration s'arrêta

au même instant. Ce fut foudroyant. J'ordonnai les tractions rythmées, la respiration artificielle, les flagellations diverses; tout cela fut exécuté simultanément. sans l'ombre de succès. Comme tous les chirurgiens, j'ai quelque expérience des alertes chloroformiques, que j'ai toujours vu céder à la respiration artificielle. Ici personne ne s'y trompa, ni les aides, ni le chirurgien, la malade était morte du premier coup, par le cœur. J'avais joint aux efforts de mes aides la trachéotomie intercrico-thyroïdienne : celle-ci, faite en un temps, par ponction, m'avait permis l'insufflation directe de l'oxygène. Pendant ce temps Launois électrisait les phréniques, et obtenait des mouvements thoraciques d'amplitude au moins normale. Comme tout demeurait vain, je fendis d'un coup de pouce les faisceaux xyphoïdiens du diaphragme et je saisis le cœur à pleine main pour l'exciter; je le trouvai flasque et vide : aucune de ses parties ne répondit à mes pressions ni à mes pincements. Les manœuvres de respiration artificielle furent continuées longtemps encore.

Tel est, Messieurs, le tableau fidèlement détaillé de cette mort par syncope cardiaque survenue environ vingt minutes après le début de l'opération. Pour essayer d'en dégager les causes, voici je crois, ce que l'on peut dire.

L'externe chargé de l'anesthésie, habitué à cette besogne délicate, a été cette fois d'une prudence exceptionnelle : il donnait le chloroforme à doses très petites; c'est sur ma prière, motivée elle-même par les mouvements de défense de la malade, qu'il a versé quelques gouttes immédiatement avant l'accident.

Le flacon de 60 grammes avec lequel il avait commencé et poursuivi l'anesthésie était en ce moment même à peu près à moitié. Donc la quantité employée peut être évaluée de 30 à 35 grammes.

Faut-il accuser le chloroforme? Le chloroforme en usage dans mon service nous est fourni par la pharmacie de l'hôpital, mais il est toujours vérifié et rectifié par l'interne en pharmacie du service. J'ai porté le reste du flacon au Laboratoire municipal, en priant mon très distingué ami Girard de l'examiner; dix jours après il m'a envoyé un bulletin d'analyse d'après lequel la composition et les réactions étant normales l'échantillon doit être considéré comme *bon*.

Le facteur principal du malheur doit être cherché, semble-t-il, dans l'état d'affaiblissement extrême de cette malade qui, depuis trois mois, ne mangeait plus, prenait 2 centigrammes de morphine, maigrissait et se cachectisait à vue d'œil. C'était une mourante que nous opérions; et notre devoir était de l'opérer, car elle mourait de faim.

M. Pierre Delbet. — Le cas que vient de nous communiquer mon ami Poirier, me paraît être un type de mort par le chloroforme. Son malade a succombé à la syncope cardiaque, contre laquelle tous nos moyens restent impuissants.

A cette occasion, je vous demande la permission de vous citer un cas de mort qu'on est obligé de ranger actuellement dans les morts par chloroforme, bien qu'à mon avis le chloroforme n'y soit pour rien.

Il s'agit d'une malade qui portait un goitre de moyen volume, goitre qui n'avait déterminé aucun phénomène de compression et qui n'était pas du tout plongeant. Situé tout entier au-dessus de la fourchette sternale, il ne s'abaissait jamais au-dessous. Comme il augmentait de volume, et déformait le cou, la malade, sur mon conseil, s'était décidée à une opération, et je l'avais reçue dans mon service.

L'opération, bien qu'elle y fût résolue, lui causait une terreur folle, et lorsqu'on l'apporta dans la salle, elle était d'une pâleur extrême, et tremblait des pieds à la tête. L'interne provisoire, qui faisait alors toute la chloroformisation de mon service, mit quelques gouttes de chloroforme sur une compresse qu'il agita au-dessus de la figure de la malade, en l'invitant à respirer par la bouche. A ce moment, elle eut une syncope cardiaque, et tous nos efforts furent inutiles, elle succomba.

On range actuellement ces morts sous la rubrique : accidents du chloroforme, mais, je le répète, il m'est impossible d'admettre que l'intoxication chloroformique y soit pour quelque chose. Le chloroforme est certainement toxique, mais il ne l'est qu'à un faible degré, et, parmi les poisons, même les plus violents, je n'en connais pas dont trois gouttes, mises sur une compresse qu'on agite à distance de la bouche et du nez, soient capables de tuer instantanément. Cette malade est morte d'une syncope. Que cette syncope ait été due à l'émotion, à la terreur, c'est possible ; mais au chloroforme, je ne puis le croire.

Je suis d'autant plus autorisé à en douter, qu'il est des cas où les malades ont succombé dans des conditions identiques, mais sans qu'on leur ait donné de chloroforme.

En voici un. Il appartient à M. Segond, qui m'a autorisé à en parler. On montait une malade en ascenseur. Lorsque l'ascenseur arriva à l'étage de la salle d'opération, l'infirmière qui accompagnait la malade appela au secours. On se précipita : la malade était morte. On ne lui avait pas donné de chloroforme, et elle n'avait aucune affection capable d'expliquer une mort brusque.

On allait l'opérer d'un kyste de l'ovaire, de moyen volume.

Je pourrais citer d'autres cas analogues. Un suffit pour montrer

qu'il y a des morts qu'on attribue au chloroforme, bien qu'il n'en soit pas responsable.

J'ai pris occasion de la communication de mon ami Poirier, pour rappeler ces faits, parce qu'ils me paraissent intéressants. Mais je ne veux pas dire du tout que celui de Poirier soit du même genre, car, je le répète, il me paraît être un type de mort par syncope chloroformique.

M. Terrier. — Je ne suis pas aussi favorisé que M. Poirier, parce que j'ai vu quelques cas de mort appartenant soit à moi, soit à mes aides.

J'ai observé des cas analogues à celui de M. Delbet. Je crois du reste qu'il existe dans les auteurs classiques un fait de mort par syncope survenu quelques instants après que le malade a été monté sur la table d'opération, et avant toute espèce d'intervention.

Je puis citer encore un cas analogue à celui de M. Delbet, et que M. Quénu me rappelait tout à l'heure. Il s'agissait d'un malade très ému : il était vert quand il est entré dans la salle d'opération. A peine avait-il respiré trois ou quatre gouttes de chloroforme, il mourut de syncope. Or, je ne connais pas de poison, à part peut-être l'acide cyanhydrique, que j'ai expérimenté autrefois sur les animaux, qui ait une action aussi foudroyante.

Mais, à côté de ces faits, il est des cas de mort qui résultent de l'état de faiblesse et d'intoxication des sujets. Je citerai le fait suivant : un individu est reçu dans mon service pour une arthrite suppurée du genou, que l'on ouvre, et dont il sort au moins un quart de litre de pus.

Malgré l'opération et des soins ultérieurs attentifs, la suppuration et les accidents infectieux continuent, à tel point que nous ne voyons d'autre solution que l'amputation. Le malade refuse. Ce n'est qu'au bout de plus d'un mois, qu'épuisé par la septicémie et dans un état de cachexie avancée qu'il demande l'amputation ; nous lui faisons observer que les conditions ne sont plus les mêmes qu'autrefois ; néanmoins, il insiste ; je tâche de le remonter par des injections préparatoires de sérum ; quand nous pensons le moment opportun, nous procédons à l'opération. Il fut endormi par un de mes élèves, qui a publié un travail sur la chloroformisation dans la *Revue de Chirurgie*, et qui par conséquent l'a endormi avec tout le soin désirable. Il avait à peine respiré une douzaine de gouttes de chloroforme qu'il était mort.

Malgré la respiration artificielle qui a été immédiate et très bien faite, puisqu'on entendait l'air rentrer dans la poitrine, nous n'avons pu le ranimer. Je n'ai pas jugé utile de faire la trachéo-

tomie ni surtout d'effondrer le thorax pour faire le massage du cœur. Il s'agit donc d'un individu profondément intoxiqué, et chez lequel la peur n'était pas en cause.

Je connais d'autres causes de mort tenant à des lésions des voies respiratoires. Un individu atteint de phlegmon du cou entre asphyxiant dans mon service. On essaie de lui donner le chloroforme, pour lui faire la trachéotomie. Le chloroforme, au lieu de calmer l'asphyxie, comme je l'ai soutenu et comme cela arrive le plus souvent, l'augmente, et le malade meurt.

Dans un autre cas où il s'agissait d'une infection pleurale chez une femme qui nous était arrivée en pleine asphyxie, on a donné quelques gouttes de chloroforme pour faire la thoracentèse. La malade est morte au moment de l'ouverture de la poitrine.

Il existe donc des cas de mort fort distincts les uns des autres et non comparables.

En ce qui concerne la malade de M. Poirier, il s'agissait d'une femme très cachectique, et chez laquelle la mort n'est pas faite pour surprendre. Il m'est aussi arrivé de voir une mort très rapide après une simple gastrostomie.

Dans tous les cas d'opération sur l'estomac, je fais faire avant l'opération des injections de sérum, pour remonter les malades, même pour faire une opération simple, à plus forte raison pour faire des opérations compliquées et longues comme la gastro-entérostomie.

M. Reclus. — La question soulevée par M. Delbet me rappelle deux cas de mort que j'ai observés dans mon service. Dans un cas il s'agissait d'un malade atteint de péritonite tuberculeuse, et qui est mort littéralement à la première bouffée de chloroforme.

J'ai appris ensuite qu'il avait, avant de monter à la salle d'opération, distribué tous ses effets à ses voisins de lit.

Le cas de M. Verneuil est aussi célèbre. Le malade est mort avant la première bouffée de chloroforme.

Je crois que le cas cité par M. Terrier appartient à Cazenave (de Bordeaux); le deuxième fait que je veux citer est un peu différent. Il s'agit d'un malade que j'opérais pour un kyste hydatique du foie. Il avait pris 70 grammes de chloroforme, mais il n'en prenait plus depuis 10 minutes, lorsque, en poussant une injection un peu fort dans la cavité du kyste, il est mort brusquement. Malgré la respiration artificielle longtemps continuée, il n'est pas revenu à la vie. Je n'ai pas jugé bon non plus de faire l'effondrement du thorax pour pratiquer le massage du cœur.

M. Bazy. — A l'appui de l'opinion exprimée par MM. Delbet, Ter-

rier et Reclus sur l'influence de la peur, je rappellerai un fait que tous les élèves de M. Richet connaissent, parce qu'il nous l'a souvent raconté. Il s'agissait d'un malade qu'il devait opérer avec Chassaignac, sans le chloroforme.

Au moment de subir l'opération, le malade se ravisa et demanda à être endormi. Pendant qu'on allait chercher le chloroforme, il demanda comment on endormait. M. Richet fit le simulacre de la chloroformisation en approchant de son nez un mouchoir roulé en cornet.

A peine le geste était-il fait, le malade était mort.

M. Quénu. — Je crois qu'il y a tout intérêt à ne pas envisager en bloc les accidents déterminés par le chloroforme.

L'accident qui fait l'objet de la communication de M. Poirier est un accident de syncope cardiaque ; c'est le seul point que je traiterai.

Et d'abord, pour ne pas y revenir, je partage entièrement l'avis de M. Terrier lorsqu'il conseille avant une longue opération, chez des cachectiques, de pratiquer une abondante injection de sérum.

Les accidents syncopaux ne sont pas forcément des accidents d'intoxication ; il n'est pas exact, néanmoins, d'en conclure que le chloroforme n'y est pour rien, ainsi que le fait M. Delbet.

Chez certains sujets prédisposés, l'odeur d'une fleur ou toute autre amène parfois une lipothymie ou même une syncope ; on peut admettre que ce réflexe s'observe non seulement à la surface de la pituitaire, mais dans d'autres points de l'appareil aérien. Assurément, la surface pituitaire est le lieu d'élection de ces réflexes suspensifs, et c'est ce qui avait engagé M. A. Guérin à recommander l'obturation des fosses nasales. Nous-mêmes, nous recommandions toujours à nos malades de respirer la bouche ouverte.

Mais le réflexe suspensif ou inhibitoire peut être d'une autre origine que la muqueuse aérienne ; il peut avoir pour point de départ, soit l'écorce cérébrale, soit la région même où s'accomplit l'acte opératoire.

L'émotivité joue un grand rôle, mais cette action de l'émotivité se poursuit alors même que le malade a perdu connaissance ; il importe de tenir le plus grand compte de l'état psychique de l'opéré. C'est pour cette cause que l'adjonction à une salle d'opération d'une chambre de chloroformisation me paraît indispensable. Il est utile que l'opéré soit endormi seul avec son chloroformisateur, dans un milieu calme, encouragé par le chirurgien.

C'est dans le même ordre d'idées que systématiquement je fais

pratiquer à mes opérés, une demi-heure à trois quarts d'heure avant l'opération, une injection de 1 demi-centigramme à 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Je n'ai jamais eu recours au mélange de morphine et d'atropine; j'accorde à la morphine (sauf contre-indication spéciale) ce rôle bienfaisant de calmer l'état psychique des malades qu'on trouve déjà à moitié endormis et très bien disposés pour le sommeil chloroformique.

Restent, enfin, les réflexes inhibitoires ayant pour point de départ la région opératoire. Certaines manœuvres dans certaines régions prédisposent à la syncope : telles les tractions sur le mésentère, sur l'estomac, telles les manœuvres sur le cul-de-sac de Douglas, et, enfin, spécialement, les opérations sur l'anus.

Il y a bien longtemps que les chirurgiens ont noté le nombre considérable d'accidents cardiaques survenant au moment d'une simple dilatation anale. Ces accidents surviennent surtout quand l'anesthésie n'est pas complète; au moment de la dilatation, j'ai vu le pouls tomber de 75 à 40 pulsations; ce qui justifie bien l'explication que j'ai donnée au début d'un réflexe suspensif, inhibitoire (1) comme cause des accidents syncopaux; chose curieuse, je n'ai pas remarqué que les malades atteints de lésions valvulaires du cœur fussent spécialement sujets à ces accidents, et j'ai endormi sans encombre un grand nombre de malades atteints de lésions aortiques ou mitrales.

J'ai observé moi-même un de ces accidents dans une opération d'hémorroïdes, il y a six semaines; heureusement, je pus ranimer le malade, grâce à des flagellations et à des excitations cutanées.

Je comprends peu la pratique de la trachéotomie dans de pareils cas; je crois qu'avec la respiration artificielle et les tractions de la langue, il faut insister sur la flagellation de la face et les excitations de la peau du thorax.

M. Richelot. — Puisqu'il s'agit en ce moment, non des syncopes respiratoires qu'on observe au cours de la chloroformisation et qui généralement n'ont pas de gravité, mais des accidents réflexes du début qui peuvent survenir à la première bouffée, avant toute imprégnation, et se terminent par la mort sans phrases, je demanderai à mes collègues ce qu'ils pensent aujourd'hui d'un mode d'anesthésie que nous avons discuté il y a quelques années, dont on ne parle plus guère, et que j'ai adopté, pour ma part, avec le plus grand profit : la chloroformisation précédée de quelques inhalations de bromure d'éthyle. Ce procédé a précisément pour but et pour effet d'empêcher les accidents dont il s'agit; le bromure

(1) S'exerçant sur le cœur par l'intermédiaire du pneumogastrique.

anesthésie la muqueuse pituitaire et celle du larynx, il supprime la période d'intolérance qui marque le début de la chloroformisation, fait accepter l'anesthésique sans protestation, fait venir le sommeil très vite, et éloigne, à mon sens, tout danger.

J'ai vu encore des alertes respiratoires dont le malade revient facilement; je fais, bien entendu, aujourd'hui comme autrefois, toutes les réserves nécessaires au sujet du mauvais chloroforme qu'on peut nous donner de temps à autre, et qui peut rendre l'anesthésie dangereuse en dépit de nos efforts pour la rendre bénigne. Mais, en ce qui concerne les accidents réflexes du début, qui sont, au demeurant, les vrais accidents de l'anesthésie et les plus à craindre, ceux qui échappent à notre surveillance et peuvent assaillir à l'improviste l'assistant le plus avisé, je déclare que, depuis de longues années, depuis que j'ai adopté le procédé mixte avec le bromure d'éthyle, je n'en ai pas vu trace. C'est ce qui m'a empêché de préférer l'éther au chloroforme, c'est ce qui m'empêche maintenant d'adopter certains procédés terrifiants que plusieurs chirurgiens nous vantent. J'en reste là, parce que je me trouve en possession d'un mode d'anesthésie qui me donne, je crois, la sécurité la plus complète qu'on puisse rêver en pareille matière.

M. Ricard. — Je prends la parole uniquement pour demander quelle est actuellement la qualité du chloroforme que l'on nous donne dans les hôpitaux et pour m'en plaindre.

Je n'ai jamais eu autant d'alertes chloroformiques que cette année-ci, et, dans une même séance, j'en ai eu trois chez trois sujets différents par l'âge et la nature de leur maladie.

J'ai demandé à l'administration qu'on fît vérifier le chloroforme. Il m'a été répondu qu'il était parfait.

M. Terrier. — Le chloroforme que j'emploie est préparé par mon interne en pharmacie, qui le distille à une température déterminée. Au demeurant, je tiens de chimistes autorisés qu'il est impossible à la chimie de déterminer, dans certains cas, pourquoi un chloroforme est bon ou mauvais.

M. Michaux. — La question de M. Ricard est très importante. Au moment où il y avait des accidents chloroformiques à l'hôpital Lariboisière, j'ai failli en avoir un et j'ai demandé à l'administration de faire vérifier le chloroforme : on m'a répondu qu'il était très bon. Je l'ai fait examiner en ville : on m'a dit qu'il était très mauvais.

Présentations de malades.

Plaie pénétrante de poitrine. Vomique secondaire. Abstention. Guérison.

M. Routier. — Messieurs, je vous présente ce malade comme un succès que je crois dû surtout à l'abstention d'une intervention chirurgicale qui avait été sollicitée.

Le 19 septembre 1901, ce malade, puisatier de son métier, était au fond d'un puits quand il fut blessé par une pioche tombée d'en haut : il élevait le bras droit à ce moment, de sorte que la pioche pénétra dans le thorax par la partie postérieure du creux axillaire, parallèlement à l'humérus relevé.

Apporté sans connaissance à Necker à 6 heures du soir, il fut vu par mon collègue Demoulin qui me remplaçait.

M. Demoulin se contenta de mettre quelques pinces sur les vaisseaux qui donnaient, et il bourra la plaie de gaze stérilisée.

Le malade, au moment de l'accident, n'avait pas craché de sang.

Mais au moment où j'ai repris le service, c'est-à-dire dix jours après l'accident, il avait 39 degrés, de l'oppression et des crachats sanglants. La plaie était encore fort large, mais de bon aspect, on voyait bien que ce n'était pas là la cause de la fièvre et du malaise.

Des signes d'épanchement, dans la moitié supérieure du poumon s'accusèrent bien vite, la toux devint persistante, quinteuse, et il eut plusieurs vomiques.

Je me refusai à toute intervention, petit à petit les symptômes s'apaisèrent, et le 19 décembre il sortait parfaitement guéri.

L'auscultation ne permet plus aujourd'hui de déceler aucune anomalie dans sa respiration; il a engraissé, et repris des forces. Il a même récupéré presque tous les mouvements de son épaule.

M. Peyrot. — Je ne comprends pas bien l'argumentation de M. Routier. Cet homme avait du pus dans le thorax; l'indication était nette, il fallait l'évacuer. Il a guéri sans cela. On peut dire que c'est heureux!

M. Routier. — Il m'a semblé que l'opération dans la région malade était dangereuse et que de plus la localisation de la lésion ne pouvait être faite d'une façon précise.

M. Peyrot. — La morale de tout cela, c'est qu'il faut regretter

que nous ne puissions pas localiser plus rigoureusement les lésions.

M. Monod. — On aurait pu faire une ponction exploratrice, qui précisément a été préconisée par M. Peyrot.

Autoplastie par la méthode italienne.

M. Rochard. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une malade atteinte de flexion à angle droit de la main sur l'avant-bras, par suite de rétraction cicatricielle consécutive à une brûlure étendue du poignet.

Le lambeau a été pris dans la région dorso-lombaire de la malade. Il est de grande dimension, puisque l'autoplastie occupe à peu près toute la circonférence du poignet.

Le pédicule n'a été sectionné que le vingt-deuxième jour, sans que la malade, jeune du reste, ait eu à souffrir de la position donnée à son bras.

L'adaptation a eu lieu en même temps que la section du pédicule et sous le chloroforme.

La réunion est aujourd'hui parfaite et la malade jouit de tous les mouvements du poignet et de la main.

M. Berger. — La position de la main dans le dos est un peu difficile à supporter pour les adultes.

Perforations multiples de l'intestin. Laparotomie. Guérison.

M. F. Legueu. — Je vous présente un malade que j'ai opéré le 18 août dernier pour une plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu. Il s'était involontairement tiré un coup de revolver dans le ventre : la balle avait sa plaie d'entrée à gauche, en dehors du muscle droit. Il fit un long trajet à pied après l'accident, et quand je le vis à l'hôpital Broussais, une heure et demie après, il n'avait aucun signe de pénétration : il avait eu seulement un vomissement. J'ai cependant pensé que la plaie était pénétrante et j'ai fait en conséquence la laparotomie médiane.

J'ai trouvé cinq perforations intestinales et trois perforations mésentériques que j'ai suturées. Et le malade a guéri.

Si, au lieu d'opérer sur la ligne médiane, j'avais incisé au niveau

de la plaie d'entrée pour rechercher la plaie profonde, je ne l'aurais pas trouvée, car elle ne correspondait pas à l'orifice d'entrée. Une fois le ventre ouvert, comme je ne voyais pas de sang à la surface de l'intestin, je me demandai si la plaie était pénétrante, et je cherchai sur le péritoine la plaie péritonéale profonde. Je n'ai pu la trouver dans la région de la plaie d'entrée. J'ai donc bien fait de considérer ici la pénétration comme fatale, d'opérer en l'absence de tout symptôme une heure et demie après l'accident, et surtout d'inciser sur la ligne médiane, sans me préoccuper de la plaie d'entrée. Cette pratique est, je le sais, celle de beaucoup de mes collègues : il n'est pas inutile de rappeler une fois de plus ses avantages.

M. Poirier. — Je demande ce qui a autorisé M. Legueu à dire que la balle avait fait des zigzags dans la paroi abdominale. Je crois qu'il faut réformer toutes nos idées sur l'influence des aponévroses et des muscles sur le trajet des balles.

M. Legueu. — Le mot zigzag n'est peut-être pas exact. Je voulais dire que le trajet n'était pas direct. En tout cas, si on avait voulu faire l'incision au niveau de l'orifice d'entrée et sur l'hématome et rechercher le trajet, on ne l'aurait pas trouvé.

M. Rochard. — J'approuve la conduite de M. Legueu; mais il m'est arrivé, moi aussi, de chercher avec le doigt l'orifice péritonéal ou profond du trajet d'une balle pénétrante et de ne pas le sentir; mais en éversant la paroi j'ai pu le voir.

M. Legueu. — J'aurais dû dire que j'avais éversé le péritoine, et que je n'avais rien vu.

M. Souligoux présente trois malades :

1° *Amputation de Chopart;*

2° *Plaie par balle. Rupture de la rate. Suture de la rate. Guérison;*

3° *Plaie de la région épigastrique par balle.*

Perforation du lobe gauche du foie. Plaie à trajet sous-muqueux de l'estomac. Déchirure de la rate. Plaie du diaphragme, section de l'artère intercostale du 9e espace. Hémothorax.

Extirpation de la rate. Compression de la plaie du foie. Mort par hémothorax méconnu. — Rapporteur : M. Poirier.

Présentations de pièces.

Utérus atteint de fibromes multiples.

M. Walther. — Je vous présente un utérus atteint de fibromes multiples, les uns interstitiels de moyen volume, les autres sous-péritonéaux beaucoup plus gros; cet utérus a été enlevé ce matin chez une femme de soixante-trois ans que j'ai opérée en même temps d'une volumineuse hernie ombilicale avec adhérences épiploïques et intestinales.

En sectionnant l'utérus très bas pour faire l'hystérectomie supra-vaginale, je trouvai dans la cavité du col des végétations épithéliomateuses. Je fis donc l'hystérectomie totale.

Le col est très petit, atrophié. L'ulcération cancéreuse, sèche sans aucune sécrétion, à bourgeons petits et durs, s'étend sur une hauteur de 5 à 6 centimètres environ dans la cavité du col et du corps très déformés et agrandis par plusieurs fibromes sous-muqueux. Sur deux de ces fibromes, l'ulcération semble avoir détruit la muqueuse et atteindre les fibromes eux-mêmes. J'ai tenu à vous montrer la pièce fraîche; je ferai faire l'examen histologique, que je vous communiquerai et qui présente un réel intérêt à cause de cet envahissement superficiel du fibrome par l'ulcération épithéliomateuse.

La coïncidence du cancer avec les fibromes paraît en effet plus fréquente qu'on ne le dit en général. L'ulcération cancéreuse peut être l'origine de l'infection et de la gangrène des fibromes. M. Quénu en a l'année dernière observé deux cas, rapportés dans la thèse d'un de ses internes, M. Bitche.

Dans la pièce que je vous présente, il n'y a pas de sphacèle; la cavité utérine était absolument sèche, je n'y ai pas trouvé en la sectionnant la moindre trace de liquide. La malade avait eu depuis un an quelques hémorragies attribuées au fibrome; mais aucun écoulement séreux ou muqueux. J'ai pu m'en assurer puisque la malade est restée plus d'un mois en observation dans mon service. Je lui refusai d'abord l'opération à cause de son âge et d'une glycosurie qui disparut après quelques jours de régime approprié. Je ne me suis décidé à l'opérer que forcé par la persistance des douleurs et de l'infirmité absolue qui obligeait la malade à une immobilisation définitive.

M. Peyrot. — Je ne pense pas que M. Quénu veuille exagérer la fréquence de cette coïncidence entre le carcinome utérin et la

gangrène des fibromes. Lorsque l'on opère des fibromes par l'ablation totale de l'utérus, on trouve souvent des productions de ce genre en voie de sphacèle. C'est, du moins, comme un premier degré de sphacèle que cet état du fibrome dans lequel il apparait d'un brun noirâtre ardoisé, gorgé de liquide doué d'une odeur nauséeuse. Ces fibromes, ainsi modifiés, siègent le plus souvent sous la muqueuse utérine et je pense qu'ils sont infectés par cette voie. J'ai pu, souvent, les diagnostiquer à l'avance en me fondant sur l'état douloureux de l'utérus fibromateux et sur les troubles de la santé générale que présentaient les malades.

M. Quénu. — La coexistence de l'épithélioma utérin et de fibromes est loin d'être exceptionnelle; elle est susceptible parfois d'engendrer une complication redoutable des fibromes, à savoir la gangrène. J'ai observé deux cas de fibromes gangrenés (je laisse de côté bien entendu les polypes); ces deux cas, opérés, ont donné une mort et une guérison. Or on trouva la substance des fibromes envahie chez l'un par de l'épithélioma cylindrique, chez l'autre par de l'épithélioma pavimenteux. Cet envahissement des fibromes par l'épithélioma fut une trouvaille du microscope. Le col était indemne, et les signes étaient ceux d'une gangrène utérine avec odeur infecte et symptômes généraux graves. Je suis loin d'en conclure que tous les cas de gangrène des utérus fibromateux relèvent de l'envahissement par le cancer, mais il est curieux de noter que l'ulcération épithéliale soit susceptible d'apporter au centre de masses déjà d'une vitalité médiocre les germes infectieux spéciaux qui engendrent la gangrène. Les deux faits auxquels je fais allusion ont été tout récemment consignés dans la thèse de mon interne M. Bisch.

Tumeur du cerveau.

M. Poirier. — Messieurs, je vous présente, en son état de fraîcheur, une tumeur du cerveau que j'ai enlevée ce matin même : son volume dépasse notablement celui du poing : elle pèse 270 grammes. Comme vous le pouvez voir, elle se compose de deux parties réunies par un étroit pédicule. Une première partie, rouge, lobulée, était sus-dure-mérienne ; elle avait repoussé, en les amincissant, le pariétal et le frontal du côté gauche ; l'autre partie logeait en plein dans la substance des lobes frontal et pariétal du même côté. L'opération a été des plus faciles : avec le ciseau

et le maillet, j'ai pratiqué une petite ouverture sur le temporal; avec la pince-gouge introduite par cette ouverture, j'ai coupé la paroi cranienne tout autour de la tumeur qui faisait saillie à l'extérieur. Soulevant par sa périphérie la tumeur ainsi circonscrite, j'ai vu qu'elle reposait sur la dure-mère et se prolongeait dans la profondeur par un pédicule de la grosseur de l'index. J'ai incisé circulairement la dure-mère autour de ce pédicule. Ceci fait et la substance corticale étant mise à nu, j'ai pu voir que la tumeur, rétrécie à son passage dans la dure-mère, s'épanouissait dans l'épaisseur du cerveau. Partie par traction, partie en dégageant la substance cérébrale avec l'index, j'ai extrait très facilement cette portion profonde, formée de deux gros lobes, dont chacun a le volume d'un œuf de poule et dont les contours sont nettement arrêtés. Après l'extraction de la tumeur nous nous sommes trouvés en présence d'une vaste excavation creusée surtout dans le lobe pariétal. Un instant, j'ai cru, avec mon collègue et ami Babinsky qui assistait à l'opération, que l'extraction de la tumeur avait ouvert la cavité ventriculaire ; vérification faite, il n'en était rien. Cette large excavation s'est partiellement comblée, peu à peu, sous nos yeux,pendant que je liais quelques vaisseaux de la méninge molle; j'ai fait l'hémostase à la cire du tissu osseux qui saignait abondamment, mis un drain, rabattu et suturé le cuir chevelu. L'opération a duré, pansement compris, trente-sept minutes.

Je vous tiendrai au courant de ses résultats et de l'examen histologique de la tumeur (1).

Présentation d'appareil.

Tube pour la stérilisation et la conservation du catgut dans l'alcool.

M. F. Legueu. — La stérilisation du catgut dans l'alcool absolu à 120, suivant la méthode de Répin confère une sécurité absolue. Cependant le catgut ainsi préparé a des inconvénients : quand il est conservé dans l'alcool absolu, il est sec, cassant, rigide. Depuis six ans, je me sers exclusivement de ce catgut, et j'avais dès longtemps remarqué ces défectuosités. On peut y remédier, il

(1) Les résultats immédiats ont été excellents. La parole, la connaissance et les mouvements sont revenus peu à peu. Il n'y a pas eu de fièvre. Tout autorise à prévoir une guérison rapide.

est vrai, par le trempage dans l'eau stérilisée : mais si ce trempage est fait au commencement de l'opération, l'imprégnation du catgut sera trop prolongée, le catgut trop humide perd ses propriétés, et si l'on ne le fait qu'au moment de s'en servir, le catgut conserve tous ces inconvénients que lui confère l'alcool absolu.

J'ai depuis plusieurs mois étudié et discuté ces questions avec M. Robert, et il m'a construit le tube ingénieux que je vous présente et qui est destiné à stériliser dans l'alcool absolu le catgut et à le conserver sans changement, sans intermédiaire, sans manipulation dans l'alcool à 90 degrés.

Dans ce tube, à côté de l'alcool et du catgut, il y a une ampoule de verre, qui contient de l'eau. Le tube est stérilisé dans l'alcool absolu à 120 : puis, en agitant le tube, on brise l'ampoule qui contient l'eau, et celle-ci, en se mélangeant à l'alcool, en fait de l'alcool à 90; la quantité est mesurée exactement pour donner à ce mélange le titre que j'indique.

Je signale en outre ce détail que le catgut est enroulé sur un cadre métallique de 25 centimètres : ce qui permet par deux coups de ciseau d'avoir tout de suite une série de fils à ligature. Enfin le cadre est à ressort : il se plie à la rétraction du catgut par la chaleur, et à sa dilatation consécutive, et le catgut conserve toujours cette tension modérée qui est la condition de sa solidité.

M. Quénu. — Depuis très longtemps je me sers du catgut préparé à l'alcool, et je n'ai pas besoin d'avoir recours au dispositif compliqué présenté par M. Legueu. Assurément, pour le ramollir, il n'est pas bon de le mettre dans le sublimé. Il suffit de le mettre dans une compresse humide, dix minutes avant de s'en servir. Cette pratique est suivie par un certain nombre de mes collègues, Kirmisson, Guinard, etc.

M. Kirmisson. — Et cela va très bien.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1902

Présidence de M. PAUL RECLUS

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. POTHERAT et une lettre de M. GUINARD qui, retenus l'un et l'autre en province par la maladie de l'un des leurs, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. FÉLIZET qui, retenu à la chambre par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

4°. — Une lettre de M. le Dr CHARIER (d'Angers), qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

A propos de la correspondance.

M. LE DENTU dépose sur le bureau l'*Etude clinique statistique* qu'il vient de publier sur *le cancer du sein.*

A l'occasion du procès-verbal.

Tumeur cérébrale.

M. POIRIER. — Je prends l'occasion du procès-verbal pour vous donner des nouvelles de l'opéré dont je vous ai présenté la tumeur

cérébrale à notre dernière séance. Les suites de l'opération ont été remarquablement simples et heureuses. Après vingt-quatre heures, les vomissements et le hoquet ont cessé, en même temps que l'opéré sortait peu à peu du coma. Au bout de trente-six heures, la parole et l'intelligence étaient revenues; le troisième jour, les mouvements ont reparu dans le membre inférieur droit, et le lendemain dans le membre supérieur du même côté, en même temps que diminuait la paralysie faciale. Aujourd'hui. septième jour, les sphincters ont repris leur tonicité et obéissent à la volonté; l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, très abondant pendant les premiers jours, a cessé. Demain, j'enlèverai les fils et le drain. Tout permet de prévoir une guérison prochaine et complète.

Discussion sur le chloroforme.

M. Hartmann. — Deux mots seulement pour dire à M. Richelot que les inhalations préalables de bromure d'éthyle ne mettent pas, d'une manière absolue, à l'abri de la syncope si grave du début de la chloroformisation. Dans le mémoire que j'ai publié en 1893 dans la *Revue de chirurgie*, mémoire qui a été le point de départ de la discussion à laquelle a fait allusion M. Richelot, je relatais 411 anesthésies successives, bromure d'éthyle, puis chloroforme. Or, dans un de ces cas, après inhalation de bromure d'éthyle, mon aide versa, sur une compresse, 6 grammes de chloroforme; deux minutes après, la malade, dont les pupilles dilatées, sous l'influence des inhalations de bromure d'éthyle, s'étaient progressivement rétrécies sous celle des inhalations chloroformiques, fit une longue inspiration suivie d'expiration brusque, puis d'arrêt net de la respiration, en même temps que de pâleur de la face. Tous les moyens d'usage furent successivement employés sans aucun succès. Je relate simplement ce cas pour prouver qu'il ne faut pas se fier d'une manière absolue aux inhalations préalables de bromure d'éthyle comme moyen préventif de la syncope chloroformique.

M. Gérard Marchant. — Je tiens à féliciter notre collègue Poirier de la franchise avec laquelle il est venunous communiquer un cas de mort par le chloroforme. Il est indispensable que nous soyons mieux prévenus des dangers de la chloroformisation, car je crois que nous vivons, à ce sujet, dans un optimisme qui ne répond pas à la réalité des faits.

Je ne méconnais pas les dangers de cette enquête. Les discussions qui ont lieu dans cette enceinte en franchissent souvent l'intimité, et il est à craindre que nos futurs opérés, mis au courant d'une façon plus précise des dangers qu'ils courent, acceptent moins volontiers l'idée de l'anesthésie par le chloroforme.

Personnellement, depuis 1875, époque à laquelle j'ai été nommé interne, j'ai vu *sept morts* par le chloroforme : une chez Dolbeau en 1875, quatre chez Trélat en 1884, et deux personnelles.

L'opérée de Dolbeau avait un sarcome ossifiant du maxillaire inférieur. — Elle mourut d'asphyxie au milieu de l'opération.

J'entends encore Dolbeau disant : « Messieurs, il n'y a aucune faute à se reprocher ; nous trouverons à l'autopsie la cause de la mort ». Et de fait, l'examen cadavérique démontra qu'il y avait un noyau pulmonaire qui était passé inaperçu.

Il est à regretter que nous ne puissions pas toujours trouver, comme dans ce cas particulier, la cause de la mort.

Chez Trélat, alors que j'avais l'honneur d'être son chef de clinique, j'ai assisté à quatre morts par le chloroforme. Dans tous ces cas, il s'agissait de malades affaiblis par des suppurations ou des maladies antérieures. Deux fois nous étions en présence d'*abcès de la fosse iliaque* chez des sujets cachectiques. Le troisième cas se rapporte à un *cancer de la langue*, et le quatrième à un abcès du sternum.

Enfin, j'ai eu moi-même à déplorer la mort par chloroforme de deux de mes opérés. Dans un cas, j'opérais un malade atteint de *gangrène pulmonaire*. J'avais retiré l'escarre sphacélé du poumon, lorsque le sujet devint bleu et succomba sans qu'aucun des moyens employés pour le faire revenir ait réussi.

Dans une autre circonstance, je faisais une opération sur le sternum pour un abcès rétro-sternal, lorsque le même malheur m'arriva au cours de l'opération.

Dans tous ces cas, il s'agit de mort par *asphyxie*, soit chez des malades affaiblis, soit chez des sujets subissant une opération au voisinage du poumon, ou en plein poumon.

Pourquoi cette série noire ? M'accuserez-vous d'avoir mal administré le chloroforme ? J'ai toujours tenu à ce que le chloroforme fût donné par un de *mes internes*, que le pouls fût surveillé. J'étais un timoré du chloroforme, et ai toujours considéré que la partie importante, aléatoire de l'opération, était la chloroformisation.

Eh bien, Messieurs, je ne connais plus ces angoisses cruelles, ces appréhensions au cours de l'opération, ces : « Monsieur, le malade ne va pas, il ne respire plus ! » Depuis janvier 1895, j'ai adopté l'éther, que je fais donner comme le chloroforme, à *doses*

discontinues, *le visage découvert et avec l'ouvre-bouche en place*, *la langue saisie*, et je n'ai plus de *mort sur la table*, *ni après* !

M. Chaput. — Je trouve que nous vivons dans une sécurité trompeuse à l'égard du chloroforme.

Pour ma part je suis loin d'avoir obtenu des résultats aussi brillants que notre collègue Poirier, qui n'a observé qu'un cas de mort sur 18.000 opérations. Si je fais remonter mes recherches à l'année 1896, époque à laquelle j'ai commencé mes fonctions de chef de service, je dirai que pendant une première année, à Bicêtre, j'ai vu sur un nombre médiocre d'opérations deux ou trois cas de mort; il est vrai que les malades de Bicêtre sont très âgés et généralement tarés. Depuis lors, j'ai pris la précaution de faire donner le chloroforme par un de mes anciens internes, docteur en médecine, ayant le sentiment de sa responsabilité. Malgré cette précaution, j'ai observé en moyenne chaque année un cas de mort sur 5 ou 600 opérations.

J'ai employé l'éther avec satisfaction à certains égards, mais j'ai observé cependant un cas de mort par éther pendant l'opération. De plus j'ai observé à plusieurs reprises des congestions pulmonaires graves ou mortelles qui ne pouvaient s'expliquer que par l'éthérisation. Actuellement j'emploie l'anesthésie mixte : je commence par l'éthérisation, puis, lorsque le malade est endormi, je passe au chloroforme. De cette façon j'évite d'une part la syncope du début, et d'autre part j'ai moins de chances de congestion pulmonaire. Cette manière de faire me paraît satisfaisante dans l'ensemble; cependant, d'après mon expérience, la mortalité par le chloroforme s'élève à 1 ou 2 pour mille.

A propos du catgut.

M. Picqué. — Je désire soumettre quelques réflexions au sujet de la communication de notre collègue Legueu sur le catgut.

Répin, le premier, comme l'a rappelé M. Legueu, a proposé la stérilisation dans l'alcool absolu, mais on ne peut comparer ce procédé à celui que nous employons aujourd'hui. M. Répin, après l'action de l'alcool, plaçait le catgut dans un bouillon stérilisé, et les manipulations nécessaires expliquent certainement les cultures qu'on observait si souvent dans ce milieu.

La stérilisation sous pression de vapeur d'alcool a été imaginée par Bardy, qui l'a expérimentée dans mon service de l'hôpital Dubois, et ce m'est un devoir de revendiquer pour lui la priorité

de ce procédé. M. Legueu ne nous a pas dit s'il s'agissait dans son procédé de l'alcool ou de ses vapeurs.

M. Legueu a parlé de la friabilité du catgut préparé par ce procédé. Je crois que les causes de cette friabilité ne tiennent pas au contact de l'alcool absolu. Je pense qu'elle dépend surtout des manipulations du dégraissage et de la dessiccation.

Je vous apporte un tube préparé à Saint-Anne par ce procédé. Il date du 14 avril 1901; depuis cette époque il est resté dans l'alcool absolu. Je n'ai pas voulu l'ouvrir avant la séance. Vous pouvez voir la résistance qu'il présente; c'est un n° 4 à la vérité, mais tous les numéros, y compris le n° 1, présentent la même résistance.

M. Chaput. — Le catgut préparé dans l'alcool absolu me paraît très satisfaisant. Il n'est pas fragile, mais seulement un peu rigide. Cette rigidité diparaît par le contact de quelques minutes dans une compresse humide.

Permettez-moi de vous signaler une simplification de la méthode de Répin, imaginée par M. Richert, pharmacien à Paris. Au lieu de faire la stérilisation dans deux autoclaves inclus, il introduit le catgut dans un petit tube à essai des urines d'épaisseur ordinaire qu'il ferme ensuite à la lampe. La résistance du verre, jointe à la contre-pression de l'autoclave, permet de résister suffisamment à la tension des vapeurs alcooliques.

M. Pierre Delbet. — Je crois que les divergences qui se sont manifestées au sujet de la fragilité du catgut stérilisé dans l'alcool peuvent s'expliquer par les différences de technique.

Lorsqu'on se sert de tubes de verre scellés à la lampe, à la manière de Bardy, toute évaporation est impossible. Le catgut qui reste immergé dans l'alcool est solide.

Quand on se sert des petits autoclaves métalliques qui ont été construits par Robert, il n'en est pas toujours de même. Je m'en suis servi pendant plusieurs années et voici ce que j'ai constaté. La fermeture de ces petits instruments n'est pas toujours hermétique, et parfois, au moment du chauffage, l'alcool vaporisé s'échappe. Quand on ouvre l'autoclave, on le trouve vide d'alcool; alors, le catgut est cassant. Au contraire, lorsque la fermeture fonctionne bien et qu'après stérilisation le tube reste rempli d'alcool, le catgut est solide.

M. Broca. — L'inconvénient que vient de signaler M. Delbet est réel, mais tient à un petit défaut de technique. J'ai vu, au début de la période où j'ai employé les autoclaves de Robert, ces

pertes d'alcool, ayant pour contre-partie l'entrée d'un peu de vapeur] d'eau, et c'est ce qui rend le catgut cassant : il faut à peine d'eau pour que le catgut chauffé se gélatinise et perde sa résistance ; il suffit pour cela qu'on emploie de l'alcool pas tout à fait absolu. Or l'autoclave dont l'alcool s'évapore est un autoclave qui ferme mal, parce que l'on n'a pas veillé au bon état de la rondelle de plomb dans laquelle le couvercle de l'autoclave s'imprime. Depuis que je surveille à ce point de vue les rondelles et que je les fais changer en temps voulu, je n'ai plus jamais observé les évaporations d'alcool et les inconvénients qui en résultent.

M. Quénu. — La stérilisation par l'alcool me paraît plus sûre que les autres procédés. Si l'on a la précaution de mettre dans la bobine creuse autour de laquelle est enroulé le catgut un sel fondant à 120 degrés, on a la certitude que ce catgut est stérilisé. Cela me paraît préférable à la confiance que l'on peut avoir dans le préparateur.

M. F. Legueu. — Je demande à répondre à quelques-unes des observations qui m'ont été faites.

Je répondrai d'abord à mon collègue Delbet que je n'ai pas recours à l'autoclave Robert, mais à des tubes de verre fermés à la lampe.

M. Picqué rappelait que la stérilisation du catgut par l'alcool appartenait à Répin ; c'est vrai, sa communication date de 1894 si je ne me trompe, mais il y avait, comme M. Picqué le disait, il y avait dans la méthode de Répin une défectuosité, c'était la substitution d'un bouillon de culture au milieu alcoolique de conservation.

Dès le mois d'octobre 1894, je commençais à me servir de tubes préparés par M. Robert et dans lesquels le catgut était stérilisé et conservé dans de l'alcool absolu. Le mode de fermeture de ces tubes ne permet donc aucunement l'évaporation de l'alcool.

M. Picqué me fait dire que le catgut stérilisé dans l'alcool est impropre à la chirurgie. Je me suis, sans doute, mal expliqué, mais je trouve ce catgut si peu impropre à la chirurgie que depuis six ans je ne me sers pas d'autre catgut ni à l'hôpital ni en ville, parce qu'il m'offre les meilleures garanties possibles.

Et c'est précisément parce que je ne me sers que de ce catgut que je suis mieux à même que personne d'en connaître les inconvénients.

Ces inconvénients, très légers d'ailleurs, sont la fragilité et la rigidité,

La fragilité résulte, je le pense, de la stérilisation même dans l'alcool, car mon catgut est porté à l'étuve sèche à 120 degrés avant d'être stérilisé dans l'alcool; après cette dessiccation, il n'a rien perdu de sa solidité.

La rigidité est aussi ennuyeuse, sinon plus ; il y a plusieurs moyens d'y remédier. J'ai employé le trempage, la compresse humide, comme M. Quénu, mais je n'ai pas eu les bons résultats observés par mon collègue, et depuis longtemps je cherchais un mélange titré dans lequel le catgut puisse être conservé. Et M. Robert a comblé cette lacune en construisant le tube que je vous ai montré l'autre jour, et dans lequel le catgut est conservé dans de l'alcool à 90 degrés, après avoir été stérilisé dans de l'alcool absolu. C'est une modification que je crois heureuse dans la technique de la stérilisation, et surtout de la conservation du catgut dans l'alcool.

M. Picqué. — Notre collègue ne nous a pas dit encore s'il utilise pour la stérilisation l'alcool ou ses vapeurs ; c'est là un point important.

M. Legueu ajoute encore qu'il n'est pas facile d'obtenir un catgut résistant. Qu'il me permette de lui dire encore que, depuis l'ouverture de mon pavillon, c'est-à-dire huit mois, je n'ai pas trouvé un seul tube de catgut cassant.

Quant à la température de 120 degrés à laquelle il soumet le catgut avant de le placer dans l'alcool, elle me paraît élevée. Je n'ai jamais dépassé 40 degrés, et je crois que c'est là une des conditions nécessaires pour conserver au catgut sa résistance.

Discussion sur les fibromes gangrenés.

M. Quénu. — M. Walther a présenté une pièce où des fibromes utérins coexistaient avec un cancer de la muqueuse utérine. J'ai dit à ce propos que j'avais vu dans deux cas la dégénérescence épithéliale de l'utérus aboutir à la gangrène des fibromes.

J'ai été surpris d'entendre M. Peyrot affirmer que la gangrène des fibromes avait été plusieurs fois observée par lui et était fréquente. Or, M. Bisch n'a pu rassembler que 37 cas de fibromes gangreneux, et il me semble mauvais de confondre une affection grave ayant donné 16 morts sur 22 opérés avec une altération fréquente comme celle qu'a décrite M. Peyrot et que nous avons tous observée. Ces divergences tiennent, je pense, à ce que nous parlons de choses différentes. Il existe des fibromes avec lésions

d'infection banale, des fibromes dégénérés et des fibromes gangrenés. Il me paraît essentiel de maintenir cette classification.

Les fibromes dégénérés se présentent sur la coupe avec une teinte feuille morte ou ardoisée ou quelquefois semblable à du caoutchouc. La tranche a souvent une odeur fade et mauvaise; parfois de petits points jaunes en parsèment la surface.

Ce qui domine sur les coupes histologiques, c'est la substitution du tissu fibreux au tissu musculaire du myome : les vaisseaux existent, sont rétrécis mais perméables, non thrombosés, et, par conséquent, il persiste une circulation; il n'y a donc pas mortification complète, il y a diminution de la vitalité. Je donne à la suite une note complète des altérations constatées.

Au point de vue bactériologique, tantôt on a trouvé des microbes pyogènes; tantôt les ensemencements sont restés stériles.

La gangrène est autre chose; elle comporte la suppression de la circulation dans le fibrome, sa mortification complète et son envahissement par les microbes de la putréfaction.

L'infection gangreneuse peut être primitive, indépendante de toute altération antérieure, indépendante aussi de toute solution de continuité de la muqueuse utérine. J'admets naturellement qu'une altération nécrobiotique soit une prédisposition au sphacèle, et qu'un fibrome à vitalité affaiblie soit une proie facile pour les microbes saprogènes générateurs ordinaires de la gangrène. J'admets que la voie de pénétration ordinaire de ces saprogènes est vraisemblablement la muqueuse utérine, mais l'étiologie reste obscure, et la seule cause nette indiquée dans les observations a été dans quatre cas la galvano-puncture des fibromes.

Les deux observations qui suivent résument les principales sortes de dégénérescences que nous avons observées jusqu'ici dans les fibromyomes utérins. (Note du Dr Lindel.)

Obs. I (janvier 1902). *Fibromyome utérin ayant la forme d'une masse sphérique de la taille d'une orange.* — Ce fibromyome est intra-pariétal. Sur la coupe, tissu grisâtre, ardoisé, paraissant presque exsangue, avec îlots jaunâtres disséminés de la taille d'un pois.

A l'examen histologique, ce tissu grisâtre paraît formé par du tissu fibreux et du tissu musculaire lisse, comme on l'observe normalement. Mais le tissu fibreux est très abondant; il s'insinue entre les fibres musculaires, dont il dissocie les faisceaux; il entoure les vaisseaux sanguins, autour desquels il forme de larges zones scléreuses, d'aspect homogène. Ces vaisseaux sont d'ailleurs abondants, et leur lumière est parfaitement libre, mais très rétrécie par des cercles de tissu scléreux.

A un plus fort grossissement, on constate que les éléments vivants

— fibres musculaires lisses et cellules endothéliales des vaisseaux — contiennent souvent de fines gouttelettes graisseuses. Les noyaux des fibres lisses se colorent mal par les réactifs, ce qui marque un certain degré d'atrophie.

Les masses jaunâtres sont constituées par des vésicules remplies de graisse, vésicules occupant la place d'anciens faisceaux musculaires lisses dont les parois sont bien conservées et en dessinent nettement les contours.

Ce fibromyome présente donc une dégénérescence par sclérose et transformation granulo-graisseuse des éléments, mais n'est nullement atteint de gangrène, puisqu'on y trouve des vaisseaux nombreux et non thombosés.

Obs. II. *Fibromyomes utérins avec calcification et dégénérescences diverses.* — Utérus contenant plusieurs fibromyomes dégénérés. Les uns, sous-muqueux, présentent à la coupe un aspect rosé, homogène; un autre, intra-pariétal et de la taille d'une orange, possède une coque calcifiée, une zone moyenne pourpre foncé, et une zone centrale brune ayant l'apparence du caoutchouc.

A l'examen histologique, le tissu rosé des tumeurs sous-muqueuses présente un tissu fibreux abondant avec des fibres musculaires lisses tantôt normales, tantôt un peu atrophiées; les noyaux se colorent moins bien qu'à l'état normal par les réactifs. Les vaisseaux sont nombreux, non thrombosés, à lumière présentant des dimensions non sensiblement réduites.

Le tissu calcifié laisse apercevoir les lésions habituellement décrites; nous notons seulement la présence de vaisseaux bien développés et perméables entre les plaques calcaires.

La zone moyenne pourpre foncé présente une atrophie notable des éléments musculaires lisses dont les noyaux sont réduits de volume et se colorent mal par les réactifs; la lumière des vaisseaux, d'ailleurs peu abondants, est notablement réduite.

Enfin, la zone centrale brune montre une dégénérescence complète des éléments vivants qui cessent de présenter aucune élection pour les réactifs, mais demeurent sur place sans se désagréger. On retrouve dans le tissu conjonctif un certain nombre de vaisseaux dont les parois sont également dégénérées, mais dont la lumière est restée très distincte, bien qu'extrêmement réduite. On peut donc affirmer que dans ce tissu brun, semblable à du caoutchouc, qui semble représenter le terme le plus avancé des dégénérescences fibromyomateuses, il existe encore une certaine circulation, puisqu'il y a des vaisseaux possédant une lumière distincte, non thrombosés.

M. Michaux. — Je n'ai pas de compétence histologique, mais il me paraît très difficile de distinguer cliniquement les divers états de nécrose, de nécrobiose, de vitalité diminuée que mon collègue M. Quénu vient de séparer de la gangrène des fibromes.

Je crois au contraire que M. Peyrot a très justement défini cette

complication dans le tableau qu'il nous en a tracé : fibromes entiers ou portions de fibromes interstitiels ou sous-muqueux en voie de dégénérescence et de putréfaction, congestionnés, de coloration ardoise, lie de vin, voire même verdâtre, comme dans la putréfaction cadavérique, consistance spéciale semblable à du tissu caoutchouté, sécrétion d'odeur infecte chez des malades approchant de la ménopause, atteintes depuis longtemps de fibromes dont on attendait toujours en vain le retrait.

J'ai pour ma part observé cinq ou six fois des fibromes ainsi dégénérés, et cette complication me paraît d'autant plus importante à signaler qu'elle comporte un pronostic opératoire des plus sévères. La plupart des hystérectomies faites dans ces conditions ont une issue fatale, quelques précautions qu'on ait prises pour éviter le contact des liquides septiques et pour désinfecter la cavité cervicale par une énergique cautérisation.

La gangrène des fibromes ainsi comprise me paraît une complication plus fréquente qu'on ne le croit ; elle vient s'ajouter à la liste des complications inflammatoires et autres si fréquentes dans les fibromes abandonnés trop longtemps à leur évolution normale. C'est ainsi qu'on arrive, à force de reculer l'opération, à en rendre le pronostic beaucoup plus grave, alors qu'il serait tout à fait bénin si l'opération était faite de bonne heure. Je profite de cette occasion pour protester une fois de plus contre cette théorie médicale néfaste de la bénignité du fibrome, de sa disparition ou de sa diminution au moment de la ménopause, à la charge de laquelle il faut mettre toutes les complications graves, toutes ces dégénérescences putrides, toutes ces dégénérescences épithéliales qui emportent les malades et rendent très grave le pronostic de l'intervention chirurgicale.

M. Peyrot. — Je remercie mon ami M. Michaux de l'approbation qu'il vient de me donner. Il a très bien compris ma pensée. Les fibromes sont plus sujets qu'on ne paraît le croire à de profondes altérations. Après l'ablation de l'utérus fibromateux, on trouve souvent un ou plusieurs fibromes profondément modifiés dans leur aspect à la coupe, dans leur couleur qui est devenue rouge lie de vin ou ardoisée, dans leur consistance généralement plus molle, dans leur odeur qui est devenue fade et nauséeuse. Plusieurs ordres de raisons me portent à penser que ces fibromes sont des fibromes infectés : d'abord, ils sont toujours, pour les cas que j'ai observés, directement sous-jacents à la muqueuse, ensuite leur présence s'accompagne d'une exagération des troubles locaux : hémorragies, douleurs ; et généraux : les malades ont eu presque toujours des accidents fébriles, des malaises ; leur état général a

sensiblement fléchi. J'ai pensé que ces modifications, d'ordre septique au début, constituaient un début de sphacèle des fibromes. En disant gangrène, je concède que je suis allé un peu trop loin peut-être. La gangrène, pour moi, est, suivant la définition de G.-H. Roger, la mortification des tissus et leur putréfaction. Mais, entre la gangrène proprement dite et la simple nécrobiose, il existe pour ainsi dire des cas intermédiaires. La théorie de ces processus n'est pas si bien établie qu'il n'y ait encore là motif à discussion, et Roger dit très bien : *Il existe des gangrènes microbiennes où la mortification est le phénomène prédominant ; la putréfaction est peu marquée ou fait défaut.*

Laissons donc de côté tout ce qui est théorique. Je tiens seulement à établir, et je le ferai en publiant plusieurs observations, que l'on ne peut considérer comme des altérations d'ordre nécrobiotique celles que j'ai signalées. Ce sont des altérations d'ordre septique, pouvant être souvent reconnues à l'avance cliniquement. Deux fois, j'ai pu annoncer à l'avance que nous les rencontrerions à l'examen des pièces. Il est probable que si ces malades n'étaient pas opérées, ces lésions aboutiraient au sphacèle des fibromes et peut-être, par adjonction de microbes anaérobies particuliers, à la véritable gangrène.

Je vais vous montrer tout à l'heure une pièce que j'ai recueillie ce matin même dans mon service. Je viens d'y opérer une femme de cinquante-trois ans, atteinte depuis longtemps d'un fibrome qui, dans ces dernières années, avait donné naissance à des hémorragies plus abondantes qu'à l'ordinaire, et qui surtout, depuis quelques mois, avait entraîné une déchéance profonde de tout l'organisme.

Cette malade, grande et forte, solidement bâtie, se trouvait dans un état d'anémie profonde ; elle était jaune, et de temps en temps se montraient chez elle des accidents fébriles qui l'obligeaient à se coucher. A l'hôpital même, le lendemain de son entrée, elle fut prise de fièvre ; la température s'éleva à près de 40 degrés. En trois ou quatre jours, elle revint à la normale. Je supposai que nous trouverions chez cette femme des corps fibreux altérés et je me hâtai de l'opérer. La masse enlevée par l'hystérectomie subtotale se composait d'un gros fibrome sous-péritonéal qui emplissait le petit bassin et d'un très grand nombre de fibromes de diverses dimensions, quelques-uns sous-péritonéaux, la plupart sous-muqueux, soulevant la muqueuse, agrandissant et déformant la cavité utérine, s'emboîtant les uns dans les autres. Tous ces fibromes, à la coupe, semblaient avoir leur structure normale, sauf deux, qui se trouvaient placés l'un contre l'autre sous la muqueuse utérine très mince à leur niveau. L'un de ces fibromes

à la coupe présentait un début de cet état de ramollissement vineux dont j'ai parlé. Son voisin, de la dimension d'une mandarine, nous parut d'abord avoir subi la transformation crétacée.

Le bistouri ne pouvait le pénétrer. En poussant un peu fort, la pointe entra et il sortit une cuillerée à café de pus épais. Une cavité irrégulière était creusée dans ce fibrome, et ce fibrome lui-même paraissait complètement mortifié. Sa teinte générale est grisâtre. Vers son centre, dans une petite zone, se retrouve pourtant la couleur lie de vin qu'il a sans doute présentée partout au début. J'ai recueilli le pus qui sera examiné. Le fibrome sera lui-même soumis à un examen attentif et je me ferai un devoir d'apporter à la Société de chirurgie les résultats de notre étude. Je vous signalerai aussi ce fait qu'en plusieurs points la muqueuse utérine était altérée, qu'on y voyait des taches brunes et même une petite ulcération.

Vous voyez que l'on ne peut pas parler ici de nécrobiose et que tout plaide en faveur de lésions septiques pouvant conduire à un sphacèle qui ne sera pas toujours de la gangrène au vrai sens du mot, la gangrène restant pour moi un cas particulier de ces altérations septiques.

M. Bouilly. — Ce serait faire une erreur que de confondre tous les accidents dont il vient d'être question. Il faut faire une distinction entre : 1° les troubles de nutrition dont peuvent être atteints les fibromes; 2° les phénomènes d'infection simple, et 3° les fibromes infectés compliqués de gangrène.

Pour mon compte, je n'ai jamais vu de fibromes réellement inclus daus l'épaisseur de l'utérus qui aient été atteints de gangrène.

Dans ces fibromes, on peut voir des troubles de nutrition avec quelquefois des thromboses vasculaires, mais ce n'est pas là de la gangrène. Les cas où l'on observe de la gangrène sont ceux dans lesquels on voit les fibromes sous-muqueux qui s'énucléent et s'étranglent en passant au travers du col de l'utérus.

M. Hartmann. — Je crois que M. Peyrot a beaucoup exagéré la fréquence de la gangrène dans les fibromes. Rien ne nous dit que ces fibromes à tranche violacée, noirâtre, dont il nous parle, soient des fibromes en voie de transformation gangreneuse. Cette semaine encore, j'ai eu l'occasion d'opérer un cas de ce genre. Sur la coupe le fibrome avait une apparence apoplectique. Ces apoplexies de fibrome sont très différentes de la gangrène proprement dite. Elles se traduisent par un développement rapide de la tumeur accompagné de douleur, avec ou sans fièvre; rien ne

nous dit jusqu'ici que nous nous trouvons, en pareil cas, en présence d'un processus gangreneux.

Ces processus gangreneux se voient surtout dans les fibromes saillants dans la cavité utérine, en particulier dans les polypes, et sont le résultat de l'infection microbienne de la tumeur qui devient rapidement le siège d'un sphacèle progressif. Il y a à cet égard, comme l'a bien indiqué M. Bouilly, une grande distinction à établir entre les fibromes saillants dans la cavité utérine et les fibromes réellement interstitiels, distinction fondamentale que ne fait pas nettement M. Bisch dans sa thèse, où tout est un peu confondu, où les faits n'ont pas été soumis à une critique suffisante. Le sphacèle des fibromes interstitiels est rare, mais il existe. Si M. Bouilly ne l'a jamais observé, M. Terrier en a vu trois cas, moi-même j'en ai publié, dans les *Annales de gynécologie*, un cas des plus typiques, en juin 1896.

Les fibromes interstitiels multiples permettaient de suivre la lésion aux stades successifs de son développement. Certains d'entre eux, fermes et blancs à la coupe, étaient simplement entourés d'une atmosphère celluleuse présentant une teinte verdâtre, cette teinte s'enfonçant avec les prolongements de la capsule entre les lobes du fibrome. D'autres présentaient des lésions plus avancées, le tissu fibromateux étant séparé du tissu utérin par une nappe putrilagineuse. D'autres enfin étaient complètement détruits.

Dans tous, mon ami Mignot a trouvé des bacilles courts, anaérobies, donnant des cultures d'une odeur fétide, bacilles que l'on retrouvait à la surface de la muqueuse utérine.

Il semble que, tout au moins dans ce cas, il se soit fait une infection anaérobie, qui, partie de la muqueuse, a, par les lymphatiques, envahi la capsule lamelleuse des fibromes et détruit secondairement le tissu de ceux-ci.

Le fait de la possibilité du sphacèle des fibromes interstitiels est donc indéniable ; ce sphacèle est seulement beaucoup plus rare que ne le laissait supposer la communication de M. Peyrot.

M. Peyrot. — Je publierai les observations qui ont trait au cas que je viens de citer.

Le terme de gangrène que j'ai employé est peut-être exagéré. Le mot *sphacèle* serait plus exact. Les cas dont je parle sont des cas dans lesquels il y a, non des phénomènes de nécrobiose, mais des accidents d'infection venant de l'intérieur de la cavité utérine et se produisant à travers cette muqueuse.

Je ne les ai pas vus mener à la gangrène, mais on comprend que celle-ci puisse exister.

Présentation de malade.

Rétrécissement néoplasique du pylore. Gastro-entérostomie postérieure par le procédé des agrafes. Cocaïne lombaire. Guérison.

M. Chaput. — La malade est âgée de quarante-sept ans, sa mère est morte d'un cancer de l'estomac. Elle ne présente pas d'antécédents pathologiques personnels.

Il y a un an, elle a commencé à souffrir dans la région épigastrique. Les douleurs survenaient après les repas, et en même temps la malade remarquait que son ventre se ballonnait. Elle remarqua dès cette époque des contractions péristaltiques de l'estomac qui se terminaient par un spasme douloureux au niveau de la partie cervicale de l'œsophage; ce spasme était suivi de nausées.

Au bout d'un mois apparurent les vomissements alimentaires survenant assez longtemps après les repas; la malade a reconnu dans ses vomissements des aliments qu'elle avait ingérés la veille. Pas d'hématémèse ni melæna.

Bientôt apparut une tuméfaction sous le rebord des fausses côtes gauches, très douloureuse au toucher.

Elle eut une accalmie en mars, mais en avril les accidents gastriques reparurent, et la malade s'affaiblit et maigrit considérablement.

Le 6 *juin* 1901 elle fut opérée par M. Doyen : incision latérale au niveau du foie; cette incision ne fut qu'exploratrice, et ne soulagea nullement la malade.

En *août* 1901 elle fut soignée à Broussais; en septembre, on lui donna des injections de sérum et des lavements alimentaires.

En septembre 1901 elle eut de l'œdème généralisé pendant dix-huit jours.

La malade entre en chirurgie le 16 *novembre*, elle reste en observation pendant une dizaine de jours.

Pendant cette période la douleur est peu accentuée au repos. Les vomissements ont diminué, ils ne surviennent qu'une fois tous les deux jours; ce sont des vomissements alimentaires, qui surviennent cinq à six heures après le repas.

Elle a fréquemment la sensation de roulis au niveau de l'épigastre (contractions péristaltiques de l'estomac).

L'état général est très atteint, la peau est jaune paille, l'affaiblissement est considérable; cependant l'appétit et le moral sont bien conservés. Amaigrissement considérable.

A l'examen on constate au-dessous des fausses côtes droites

une tuméfaction dure, immobile, paraissant faire corps avec le foie, ayant une forme triangulaire à sommet inférieur, et descendant à plusieurs travers de doigt au-dessous des fausses côtes, et siégeant sur la ligne mamelonnaire.

A ce niveau on constate sur la peau la cicatrice de l'opération du 6 juin, au niveau de laquelle la paroi adhère à la tumeur sous-jacente.

L'estomac, exploré par la palpation et le clapotement, descend à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. On constate *de visu* des contractions péristaltiques.

Pas d'engorgement ganglionnaire. Pas d'albuminurie.

Le sang contient 3 millions de globules rouges avec leucocytose peu abondante (examen par M. Herscher, interne de M. Gilbert).

Le 25 novembre 1901. — Opération. Anesthésie à la cocaïne lombaire, 3 centigrammes.

L'analgésie remonte jusqu'au mamelon, elle est très satisfaisante.

Laparotomie médiane. Je constate une grosse tumeur pylorique d'apparence cancéreuse, adhérente au foie, qui est dure et volumineuse. L'estomac est très dilaté.

J'exécute la gastro-entérostomie postérieure. Brèche de 4 centimètres dans le mésocôlon transverse. L'estomac est hernié à travers l'orifice, et fixé au mésocôlon par 8 ou 10 agrafes rondes. Recherche de l'intestin grêle, qui est fixé à l'estomac par un étage séro-séreux postérieur d'agrafes rondes, puis incisé ainsi que l'estomac. Incision de 5 centimètres. Sutures muco-muqueuses postérieures.

Puis sutures muco-muqueuses antérieures, et enfin sutures séro-séreuses antérieures, le tout aux agrafes.

Suture de la paroi aux fils d'argent et catguts intermédiaires.

Régime. — Eau et bouillon glacés, lavements alimentaires pendant les premiers jours, puis reprise progressive de l'alimentation solide. Réunion immédiate. Guérison rapide.

La malade a présenté à plusieurs reprises de la diarrhée rebelle dont la cause n'a pu être déterminée avec précision.

La pose des agrafes a été très rapide : on place environ une agrafe par seconde; ce procédé paraît devoir abréger notablement les opérations sur le tube digestif.

Pour faire suite à cette communication, je présente la pièce suivante :

Gastro-entérostomie sur un chien, par le procédé des agrafes. — Il s'agit d'une gastro-entérostomie faite sur le chien le 17 octobre. L'animal a guéri, et a été sacrifié le 30 novembre.

On constate que les agrafes sont encore en place, aussi bien

les internes que les externes; l'orifice est très large, les agrafes ont été très bien tolérées; la suture a été faite à deux étages.

M. Ricard. — J'ai fait une série de gastro-entérostomies. Je crois qu'avec la simple aiguille de couturière on met environ vingt-cinq à trente minutes pour terminer l'opération.

Je ne vois pas l'avantage de gagner quelques minutes en mettant un corps étranger qui reste inclus dans la cavité abdominale.

Présentations de pièces.

M. Souligoux présente une pièce de *gastrostomie par un nouveau procédé*. — Rapporteur : M. Reynier.

Fibrome.

M. Peyrot présente les pièces dont il a été question plus haut.

Grossesse extra-utérine.

M. Reclus. — Je présente un œuf inclus dans une trompe. Cette pièce provient d'une malade entrée véritablement exsangue dans mon service. J'ai dû faire une laparotomie immédiate. J'ai trouvé une inondation péritonéale énorme, et ce n'est qu'en mettant la malade en inversion que j'ai pu voir la trompe et la lier.

C'est à grand'peine que nous avons pu trouver l'œuf qui est au voisinage de l'*ostium uterinum* et apercevoir la fissure qui a donné lieu à cette formidable hémorragie.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1902

Présidence de M. PAUL RECLUS

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° Une lettre de M. POTHERAT, qui, toujours retenu par la santé de l'un des siens, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3° Une lettre de M. BRUN, qui, retenu à l'Assistance publique par ses fonctions de représentant des chirurgiens des Hôpitaux, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. TILLAUX dépose sur le bureau de la Société une observation de M. WIART, intitulée : *Un cas de suture artérielle.*

L'observation de M. WIART est renvoyée à une commission, dont M. P. DELBET est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos du catgut.

M. PICQUÉ. — Dans notre dernière séance, j'ai tenu à défendre la résistance absolue du catgut préparé dans l'alcool.

Comme toute notre stérilisation du Pavillon de chirurgie repose sur ce procédé de stérilisation à l'alcool, en vase clos (et que je le considère comme seul capable d'assurer une asepsie rigoureuse et de conservation indéfinie), j'ai tenu à refaire pour la deuxième fois dans mon laboratoire les expériences suivantes.

Sur plusieurs échantillons achetés dans le commerce, on a prélèvé, en les coupant en tranches très minces, des échantillons de catgut, et nous les avons ensemencés; le reste du catgut servit aux essais au dynamomètre.

Je n'aborderai pas ici la question d'asepsie du catgut, selon le mode de préparation. Je me contente de dire que les nôtres n'ont jamais cultivé.

Au point de vue de la résistance, nous avons procédé de la façon suivante :

Pour mieux nous rendre compte des tractions que devaient pouvoir supporter les catguts stérilisés, nous avons fait des essais préalables sur ces fils non stérilisés, et venant de chez le boyaudier. Nous avons constaté sur des fils de même grosseur, et mieux, sur le même fil, des différences considérables.

Voici du reste les résultats obtenus; quatre essais ont été faits sur le même fil, et les résultats donnés représentent la moyenne de chaque fil.

Le n°	6	s'est cassé à une	traction de	25^{k}	23^{k}250	20^{k}	15^{k}
	5	—	—	24	22	16	20
	4	—	—	20	7	17 500	17
	3	—	—	6 500	17	16	12
	2	—	—	15	7 250	12	13
	1	—	—	7	14 500	9	12
	0	—	—	8	3	6	9
	00	—	—	2	8	5 750	4
	000	—	—	1	1 500	4	2 500

Nous voyons donc d'après le tableau ci-dessus que les fils de même grosseur, et tels qu'ils nous sont livrés par les boyaudiers, supportent au dynamomètre des différences de traction considérables.

Le N° 0 par exemple casse à 3 kilogrammes, et un fil de même grosseur pris dans la même livraison ne casse qu'à 9 kilogrammes; pour le N° 4 l'un casse à 7 kilogrammes, le voisin ne casse plus qu'à 20 kilogrammes. Aussi depuis longtemps exigeons-nous de notre boyaudier une force de traction minima pour chaque numéro. Exigence un peu illusoire, il est vrai, car les essais peuvent être faits sur des échantillons de résistance très variable.

Ces différences peuvent et doivent provenir de causes diverses, je ne ferai que les indiquer sans les approfondir, n'ayant pas d'expérience décisive à apporter à ce sujet. Nous mettrons en première ligne l'intestin lui-même, suivant qu'il aura été pris sur un mouton plus ou moins jeune, plus ou moins gras, et qu'il aura été traité par le boyaudier au bout d'un temps plus ou moins long après la mort de l'animal. En seconde ligne nous pouvons invoquer la préparation du boyaudier, qui, selon qu'il aura donné au fil une torsion plus ou moins forte, modifiera la force de traction.

Pour que les résultats concordent le plus possible et puissent être comparés entre eux, tous les essais ci-dessus et les essais suivants ont été faits sur une même longueur de fil de 30 centimètres, sauf pour les catguts livrés en brins, où la longueur du fil n'avait que 20 centimètres.

La traction a été faite au laboratoire à l'aide d'une manivelle faisant avancer une vis qui entraîne le dynamomètre auquel est attachée une extrémité du fil, l'autre extrémité étant maintenue par une pince fixée sur une règle en fer divisée en centimètres. La manivelle a été tournée toujours avec la même vitesse et sans secousse. Cet appareil nous permet de mesurer en kilogrammes la traction nécessaire pour casser le fil, il nous permet de plus de mesurer l'élongation subie par le fil pendant la traction. L'élongation du fil n'a pas grande importance, et est sensiblement la même pour toutes les grosseurs de 5 à 7 centimètres.

Nous venons de voir les variations possibles de la résistance, avant la stérilisation. Voyons maintenant si le mode de stérilisation est susceptible lui-même de modifier cette résistance.

A. *Echantillons du Pavillon de chirurgie préparés dans l'alcool absolu.* — Les résultats obtenus avec nos catguts stérilisés et conservés depuis un an dans l'alcool absolu. Au Pavillon, pour simplifier le service, nous ne nous servons que de trois numéros, fin, moyen, gros, correspondant aux n°s 0, 2 et 5 des marques commerciales. Nous avons prélevé au hasard un tube de chacun de ces numéros, sur chacun desquels nous avons fait trois essais.

Le n° 5 ne s'est cassé qu'après une traction de	17^{k}500	17	17^{k}500
2 — —	10	12 500	12
0 — —	5	5 500	6

B. — D'autre part les catguts conservés depuis quatre ans dans l'alcool absolu et pris dans le commerce, nous ont donné les résultats suivants :

Le n° 6 s'est cassé à une traction de		20k500	23k	24k
5	— —	18	17	17
4	— —	14	12 500	14
3	— —	12	10	11 500
2	— —	9 500	13 250	12
1	— —	9	8 750	7 750
0	— —	3 500	3	3
00	— —	4 750	4 500	4 750
000	— —	2	2	2 125

C. *Alcool hydraté et mélangé à de l'essence de lavande.* — Ce sont les catguts qui nous ont été présentés par notre collègue M. Legueu, comme conservés dans l'alcool à 90 degrés. L'analyse du liquide faite au laboratoire a dònné de l'essence de lavande, de l'alcool, un peu d'eau et une huile fixe, ce qui constitue une différence notable, et dont on doit tenir compte.

Les résultats obtenus à la traction au dynamomètre ont été les suivants :

Le n° 6 s'est cassé à une traction de		20k	17k500	14k
4	— —	10 250	6 500	11 500
2	— —	14	13 600	12 500

D. *Catgut conservé dans l'alcool naphtolé.* — Les catguts conservés dans le commerce dans l'alcool naphtolé :

Le n° 6 cassé à une traction de		15k	11k250	13k500
2	— —	6 500	8	7 500

E. *Catgut conservé dans l'alcool hydraté glycériné non mélangé à l'essence de lavande.* — Les catguts conservés dans un mélange d'eau, d'alcool et de glycérine ont le tort à la longue de se coller et de s'effilocher, ce qui les rends cassants. Ceux que nous avons essayés n'ont supporté, avant de se casser ;

Le n° 5 qu'une traction de		9k500	10k500	10k250
4	—	8 750	9 500	8 500

F. *Catgut dans l'alcool.* — Les catguts du commerce présentés en brins coupés de 30 centimètres environ, et conservés dans des tubes en verre bouchés avec un bouchon en caoutchouc se sont cassés :

Le n° 4 à une traction de		13k	11k	11 500k
2	—	9 500	11	10 750

Des essais ci-dessus nous pouvons donc affirmer que, malgré la difficulté du procédé, les catguts stérilisés ne présentent pas une solidité moindre que les catguts préparés par d'autres procédés, réserve faite pour les défectuosités possibles de la préparation.

Nous nous sommes ensuite demandé pourquoi les catguts stérilisés et conservés dans l'alcool absolu se cassaient à la main

plus facilement que ceux conservés dans l'alcool hydraté, dans l'alcool hydraté glycériné ou dans l'huile.

De nouvelles expériences ont été faites, mais les tractions au dynamomètre, au lieu d'être faites mécaniquement, ont été faites à la main.

Nous avons attaché aux deux extrémités du dynamomètre des fils de catgut conservés dans l'alcool absolu. Ces fils, qui sont secs et bien en main, nous ont permis d'exercer des tractions de 8 à 14 kilogrammes selon la grosseur du fil, la force et la sensibilité de la peau des opérateurs.

La même expérience a été faite avec des catguts conservés dans l'alcool hydraté, dans l'alcool hydraté glycériné et dans l'huile. A notre surprise, nous n'avons pu avec ces fils exercer une traction supérieure à 4 ou 6 kilogrammes au plus : le fil nous glissait dans la main.

Nous voyons donc que pour faire un nœud également serré il faudra faire une traction beaucoup moins forte avec le catgut à l'alcool, car la traction est réelle, et la douleur seule nous fait nous arrêter, tandis qu'avec les autres catguts la traction est illusoire, et après une pression de quelques kilogrammes seulement le fil glisse dans la main, et ne serre plus.

En résumé, la résistance des catguts conservés dans l'alcool hydraté, dans l'alcool hydraté glycériné parfumé ou non, dans l'alcool naphtolé, est simplement apparente, ces fils glissent dans la main et ne permettent pas par suite d'exercer une traction supérieure à 4 ou 5 kilogrammes. Tandis que les fils stérilisés à l'alcool absolu permettent d'exercer une traction moyenne de 13 kilogrammes et même beaucoup supérieure si l'on n'était pas arrêté par la sensibilité de la peau.

Pour terminer nos recherches nous avons voulu nous rendre compte des conditions spéciales où se trouve placé le catgut au moment de l'opération ; or les uns emploient les fils directement tels qu'ils sortent des tubes : pour ceux-là, les expériences ci-dessus montrent quelle est leur résistance. D'autres, au contraire, ont l'habitude de mettre leurs catguts pendant quelques minutes, au moment de l'emploi, dans un liquide, eau, liqueur de Van Swieten, alcool à 75 degrés glycériné.

Les catguts D conservés dans l'alcool naphtolé, et qui au préalable avaient été traités par des huiles essentielles, n'ont rien perdu, ou peu perdu de leur solidité par une immersion de dix minutes dans l'eau ou la liqueur de Van Swieten.

Le catgut B conservé dans l'alcool absolu perd au contraire beaucoup de sa solidité par une immersion de dix minutes dans l'eau ou la liqueur de Van Swieten. Par exemple le N° 2, qui ne

cassait qu'à une traction de 11 kilogrammes, ne peut plus supporter qu'une traction de 5 kil. 500.

Nous avons essayé différents liquides qui pourraient donner, au catgut à l'alcool, de la souplesse, sans lui enlever de sa solidité. Nous nous sommes arrêtés à la formule suivante :

Alcool à 90 degrés	100	grammes.
Eau distillée	25	—
Glycérine.	25	—

En effet, après une immersion de dix minutes dans ce mélange, le même catgut supportait au dynamomètre une traction de 10 kilogrammes.

A propos des accidents du chloroforme.

M. Picqué. — Plusieurs de nos collègues, au cours de la discussion, ont attribué à la peur une influence sur la production des accidents du chloroforme. C'est sur ce point spécial que je désire présenter quelques courtes réflexions.

L'affirmation de nos collègues a une importance véritable. La frayeur du chloroforme se manifeste chez un certain nombre d'opérés. S'il était démontré qu'elle ait l'influence qu'on nous a signalée, il faudrait de toute nécessité renoncer chez ces malades à l'emploi de cet anesthésique. Or ce rapport est-il bien fondé? Est-ce à cette cause, ou à une autre, qu'il faut rapporter la mort dans les cas qui nous ont été présentés?

Les faits que j'ai à vous rapporter sont à la vérité négatifs, mais ils méritent, ce me semble, la peine d'être rapportés. C'est à ma pratique chez les aliénés que je veux les emprunter. Pendant longtemps on avait cru à l'impossibilité de recourir chez eux à l'emploi du chloroforme.

Pendant de longues années, obligé de ne faire chez eux que des opérations d'urgence, j'avais cru devoir, en raison de ces conditions spéciales, passer outre aux préjugés en cours à leur sujet, et j'avais été frappé de l'anxiété que présentaient beaucoup d'entre eux avant l'anesthésie, et de l'extrême facilité avec laquelle ils supportaient le chloroforme.

Depuis que je pratique chez eux la chirurgie courante, j'ai ouvert un registre spécial sur lequel je consigne tous les incidents de chaque chloroformisation, de façon à voir si les conditions de la chloroformisation varient dans les diverses formes d'aliénation mentale.

Je relève depuis le 4 mai, sur près de 200 chloroformisations,

7 cas où les malades ont présenté une anxiété variable, parfois effrayante. Éclairé par ma pratique ancienne, je n'ai jamais hésité toutefois à leur administrer le chloroforme. Je n'ai jamais eu la moindre alerte; mais il n'en est pas moins vrai que les faits cités par mes collègues m'ont vivement impressionné, et que si j'étais convaincu de la gravité du chloroforme dans ces conditions, je n'hésiterais pas à l'abandonner.

M. Reynier. — Messieurs, un mauvais vent souffle depuis quelque temps dans notre Société contre cet agent merveilleux qui nous a rendu de si grands services, le chloroforme.

Il n'y a pas longtemps que les partisans de l'éther venaient ici le charger de tous les méfaits qu'il avait pu commettre, croyant en le noircissant blanchir leur anesthésique préféré. Cependant l'éther pas plus que le chloroforme n'offre une sécurité absolue. M. Gérard Marchant n'a qu'à relire les statistiques que j'ai données en 1895 à cette Société pour voir que sa confiance est peu justifiée, car l'éther comme le chloroforme s'est montré dangereux trop fréquemment.

Dans ces derniers temps, ce sont les partisans de la rachicocaïnisation qui sont venus accumuler contre le chloroforme toutes les morts qu'ils croyaient pouvoir lui imputer. Mais les faits sont venus bientôt montrer que la rachicocaïnisation était un mode d'anesthésie aussi, si ce n'est plus, dangereux.

Enfin une nouvelle discussion s'engage à la suite du cas rapporté par M. Poirier. De nouveaux accidents sont relatés, et il faut reconnaître qu'au premier abord on est frappé du nombre qui paraît grossissant de ces accidents. La réflexion montre cependant que si ces accidents semblent augmenter, c'est que le nombre des opérations a décuplé, à mesure que la chirurgie devient plus hardie, et s'attaque à des cas de plus en plus désespérés.

Moi-même je n'ai pas été plus favorisé que mes collègues puisque j'ai perdu, disons-le tout de suite, cinq malades depuis vingt ans que j'opère. Sur ces cinq malades, quatre sont morts sous le chloroforme, et un la chloroformisation venant de cesser.

Et cependant, Messieurs, je reste toujours partisan convaincu de la supériorité du chloroforme comme anesthésique, car l'étude consciencieuse de tous ces cas, loin de me décourager, m'a montré qu'on pouvait avoir espoir de les diminuer, si nous ne pouvons arriver tout à fait à les supprimer.

Il en est pour le chloroforme comme pour toutes nos opérations. Nous ne pouvons espérer arriver à l'innocuité absolue. Les malades diffèrent trop les uns des autres, et leur résistance à l'acte opératoire comme à l'anesthésie dépend trop de circons-

tances variables, difficiles, impossibles souvent à analyser, pour que nous puissions faire le rêve de l'opération toujours suivie de succès, comme de l'anesthésie toujours innocente. Laissons ce rêve aux magistrats, à ceux qui veulent juger la médecine sans la connaître. Mais nous pouvons, par la discussion des insuccès, en recherchant leurs causes, nous rapprocher beaucoup de l'idéal que nous poursuivons.

Le chloroforme pur, bien administré, ne doit pas tuer, a dit Sédillot. Trélat a montré avec raison que cette formule était trop absolue, car elle ne tient pas compte de la susceptibilité variable individuelle, et de certaines conditions défectueuses dans lesquelles nous sommes obligés souvent d'opérer.

Si vous opérez, en effet, comme l'a fait M. Poirier, une malade cachectisée, inanitiée, morphinomane, vous ne pouvez qu'approximativement vous rendre compte de la résistance de cette malade. Le chloroforme peut être la goutte d'eau qui fait déborder le verre, et précipite l'issue finale, Et cependant dans ces cas, comme dans celui de M. Poirier, nous devons intervenir, car c'est la seule chance de salut qu'on offre à la malade, et nous risquons en intervenant d'avoir une mort sous chloroforme, qu'on n'est pas en droit de nous reprocher. Mais sauf ces cas exceptionnels, la formule de Sédillot reste vraie. Même après les morts que j'ai eues, je reconnais que le chloroforme pur bien administré ne doit pas tuer. L'analyse consciencieuse des morts que j'ai le regret d'avoir eues m'a montré que si l'accident n'a pas été évité, toutefois il aurait pu l'être. J'ai toujours eu la conviction qu'une faute involontaire avait été commise.

Dans le premier cas il s'agissait d'une jeune fille lymphatique à laquelle j'avais fait une injection préalable de morphine et d'atropine. L'opération finie, la chloroformisation arrêtée, la malade étant encore sur la table d'opération, pendant qu'on la pansait, moi ayant quitté la salle pour donner un ordre, la malade a une syncope. Je reviens immédiatement, je fais la respiration artificielle. Pendant une heure je maintiens la respiration ; par moments la malade faisait d'elle-même une ou deux respirations, mais elle s'arrêtait. Et malgré nos efforts, elle mourut. J'ai eu la conviction que sans l'atropine et la morphine qui agissaient sur le bulbe, nous aurions sauvé la malade.

Dans le second cas, il s'agissait d'un cancer du larynx. Aux premières bouffées de chloroforme son cœur s'arrête, et il meurt de syncope laryngo-réflexe due à ce que les vapeurs du chloroforme versé trop abondamment sur la compresse par l'élève venaient sur un larynx ulcéré disposé à être le point de départ de réflexes exagérés.

Pour le troisième malade, il s'agissait d'un homme auquel j'avais essayé de détruire avec l'électrolyse un rétrécissement. Il me fut impossible de passer la sonde, et, ne voulant pas laisser ainsi le malade, je crus devoir l'endormir et le faire transporter dans la salle d'opérations, ne tenant pas compte que peut-être son déjeuner du matin n'avait pas encore passé; le malade, de plus, ne nous avait pas dit qu'il avait bu copieusement. Dans la première période du chloroforme il meurt. L'élève avait encore eu la main lourde, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte, et évidemment là une faute, dont je m'accuse, mais que je n'avais pu éviter, avait été commise.

Le quatrième cas, il s'agissait d'un homme âgé, athéromateux, ayant de la myocardite ainsi que l'a démontré l'autopsie, chez lequel je pratiquais une cure radicale de hernie : il meurt. Là, je fais examiner le chloroforme; et l'examen démontre qu'il y avait des traces d'alcool méthylique, et que les proportions d'alcool n'avaient pas été gardées.

Enfin la cinquième malade était une malade que j'avais opérée une première fois, qui avait eu une chloroformisation très difficile. J'avais dû pratiquer la respiration artificielle, la malade ayant eu une syncope. Je suis obligé de la réopérer à cause d'une fistule urétérale consécutive à l'ablation d'un ovaire suppuré sclérokystique très adhérent. La malade, très nerveuse, ayant suppuré, était plus affaiblie que la première fois, plus disposée à la syncope. C'est avec effroi que je l'endormais de nouveau, et cédant seulement à ses supplications. Elle meurt d'une syncope secondaire. Comme je le dirai tout à l'heure, dorénavant en pareil cas j'emploierai l'éther.

De l'analyse de ces faits personnels, n'ai-je pas le droit de dire qu'ils sont un enseignement pour moi, et que la formule de Sédillot s'est montrée toujours vraie?

Et bien, prenons chaque terme de cette formule, et voyons comment, souvent malgré nous, dans l'état de choses actuel, souvent nous y contrevenons, surtout dans nos services hospitaliers.

Le chloroforme doit être pur. Or, si nous arrivons, en ville, à avoir du chloroforme qui nous offre toute garantie, il n'en a pas été toujours de même à l'hôpital. Deux, trois fois l'analyse me l'a montré défectueux, M. Beurnier pourra vous en dire autant.

Nous avons eu à l'hôpital Lariboisière, dans tous les services en même temps, une série d'ennuis qui nous a paru à tous devoir se rattacher, comme le disait l'autre jour M. Michaux, à l'anesthésique.

Notre pharmacien en chef a cette fois protesté. Peut-être nous sommes-nous trompés; cependant je ferai remarquer que nous

n'avons pas pour nos services du chloroforme livré avec ce luxe de précautions dont on l'entoure en ville, luxe peut-être excessif, mais très rassurant.

Il n'y a pas si longtemps que nous avons obtenu, à force de réclamer, que le chloroforme nous fût donné dans des petits flacons colorés. Mais ces flacons, comment sont-ils remplis? Le chloroforme est envoyé chaque semaine de la Pharmacie centrale dans les hôpitaux dans d'énormes récipients contenant 1 kilogramme de chloroforme. De ces flacons, le chloroforme est transvasé, au fur et à mesure que nous le demandons, dans les petites bouteilles de 120 grammes que nous avons dans notre service.

Mais ce transvasement ne se fait pas sans qu'une quantité d'air notable ne pénètre dans la grande bouteille, et se mette en contact avec le chloroforme. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'à la fin du grand flacon, ou à la fin de la semaine dans les hôpitaux où la consommation n'est pas considérable, le chloroforme puisse être moins bon qu'au début, et que les petits flacons qu'on nous donne contiennent un chloroforme un peu suspect. Ne pourrait-on pas demander à la Pharmacie centrale d'envoyer, comme le fait Adrian, son chloroforme dans des bouteilles de 120 grammes enfermées dans des boîtes de carton, et, par suite, à l'abri de l'air et de la lumière?

J'arrive maintenant au chloroformisateur. Je crois que c'est là qu'une réforme utile pourrait s'établir qui nous mettrait à l'abri d'un grand nombre d'accidents. Qu'on nous permette d'avoir des chloroformisateurs attitrés. Rien n'est difficile, en effet, comme d'avoir un bon chloroformisateur. Il ne suffit pas que celui-ci soit instruit, il faut qu'il ait le doigté, un esprit attentif et une promptitude de décision qui est innée et qui ne s'acquiert que difficilement.

J'ai souvent comparé le chloroformisateur à un cocher. Or, qui a l'habitude des chevaux sait que tel cocher n'aura, quelque difficiles que soient ses chevaux, jamais de chevaux s'emballant; d'autres, au contraire, verront des rosses les emmener; et cependant, ces deux cochers croient savoir conduire. Mais tandis que l'un est attentif, a son cheval toujours dans la main, aux premières foulées sait rendre, et reprendre, l'autre ne s'aperçoit que son cheval l'entraîne que quand déjà il est emballé. Or, on arrête un cheval à la première foulée, on ne l'arrête plus quand il est parti. Il en est de même pour le chloroforme; on n'a pas son malade dans la main comme le cocher a son cheval, mais on doit l'avoir dans l'oreille. La respiration plus que le pouls doit vous guider. Elle doit être régulière, suffisamment ample, pas trop superficielle, pas trop rapide, pas trop espacée. Au moindre change-

ment, on doit savoir lever la compresse et rétablir le rythme. Tenez compte également de la pupille, de la coloration de la face. Mais je n'insiste pas sur tous ces symptômes que vous connaissez, et qui vous renseignent admirablement sur le degré d'intoxication du chloroformisé.

Or, qui avons-nous pour apprécier tous ces symptômes, et pour donner le chloroforme dans nos services? Nos internes sont généralement trop grands seigneurs pour accepter ce rôle, et, quand vous l'imposez, c'est le plus jeune, l'interne provisoire, à qui incombe le plus souvent la corvée. Mais comme nos internes nous aident pour l'opération, ce sont nos externes qui sont chargés du chloroforme. C'est le hasard qui, le plus souvent, nous donne ces externes. Beaucoup entrent dans nos services fort peu experts dans la chloroformisation, et, s'il y en a un qui vous inspire confiance, vous vous heurtez souvent à l'esprit de corps qui vous impose X... au lieu de Y..., parce que c'est la malade de X..., c'est celle qui est dans les lits dont il a les pansements. L'externe prend enfin des congés : c'est le bénévole, le stagiaire qui le remplace et qui prend la compresse.

J'avoue que quand je songe à ces chloroformisateurs d'occasion qui, trop fréquemment dans nos services, officient, je suis étonné qu'il n'arrive pas plus d'accidents, et vraiment je crois qu'il y a là une preuve que le chloroforme n'est peut-être pas si dangereux qu'on veut bien le dire. Ayons donc dans les hôpitaux ce chloroformisateur attitré, que beaucoup d'entre nous ont pour leurs opérations en ville, et qui nous donne une sécurité que nous avons rarement à l'hôpital.

J'arrive enfin à ces idiosyncrasies redoutables qui, pour quelques-uns, paraissent devoir modifier la formule de Sédillot. Eh bien, là encore, je crois qu'on peut beaucoup diminuer l'influence de ces idiosyncrasies en se donnant la peine de faire le diagnostic par avance de certaines tares individuelles, qui influent sur la manière d'être sous le chloroforme, et prédisposent aux accidents. Dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, j'ai cherché à établir cette loi qu'en présence des anesthésiques, les malades réagissent, comme ils ont l'habitude, dans la vie normale, de réagir à toute excitation. Sous le chloroforme, l'alcoolique aura une excitation qui rappelle la crise de delirium tremens avec spasmes musculaires, tendance à l'asphyxie par contraction des muscles inspirateurs; l'épileptique aura une crise d'épilepsie, l'hystérique une crise d'hystérie convulsive ou une crise d'hystérie syncopale, suivant que son état hystérique se manifeste plutôt par la syncope ou les convulsions. Les syncopes du début, des premières bouffées de chloroforme, sont souvent des crises de cette

nature; il en est de même des crises syncopales dont parlait M. Terrier, qui surviennent la chloroformisation finie, quelquefois la malade ramenée dans son lit. C'est d'une crise de ce genre qu'est morte ma première malade. J'ai manqué perdre une seconde malade dans les mêmes conditions; heureusement que la flagellation, les applications d'eau bouillante sur le cœur l'ont ramenée à la vie. Mais qu'on abandonne la malade, qu'on ne s'occupe pas d'elle jusqu'au moment de son réveil complet, et on risque d'avoir une mort. Il faut savoir, en effet, que dans le réveil du chloroforme, comme dans celui de tous les anesthésiques, on passe par une crise d'excitation de retour, qui se traduit par les mêmes manifestations qu'on a notées dans la période d'excitation du début de la chloroformisation.

Pour ces malades à tendance syncopale, j'engage fort à ne pas user du chloroforme pour l'anesthésie et à avoir plutôt recours à l'éther, bien que, dans ces cas, l'éther congestionne souvent leur muqueuse bronchique. Ces syncopaux hystériques sont, en effet, des hystériques à tissu mou, des ptosiques disposés aux dilatations veineuses par faiblesse de leur tonus musculaire.

Pour ces malades, il faut encore n'aborder l'anesthésie qu'en accumulant les précautions. C'est pour eux qu'il est utile de les endormir dans une chambre séparée de la salle d'opérations, de leur parler, de distraire leur attention au moment où l'on commence l'anesthésie, et les habituer par des doses relativement faibles avec grand mélange d'air, à l'action irritante de l'anesthésique.

Excusez-moi, Messieurs, de vous parler de tous ces faits encore peu connus, qui font depuis longtemps le sujet de mes études, et dont la connaissance, comme je l'ai dit plus haut, peut nous rendre de grands services et améliorer nos statistiques.

M. Guinard. — L'observation de M. Poirier, qui a été l'origine de cette discussion, a trait aux accidents cardiaques de l'anesthésie. Je ne crois pas devoir entrer à cette occasion dans des considérations sur l'anesthésie en général, comme vient de le faire M. Reynier. Il se trouve précisément que les cas de mort par anesthésie que j'ai observés ont trait à des accidents cardiaques.

M. Richelot, pour éviter ces accidents cardiaques, ces syncopes foudroyantes du début de la chloroformisation, se sert du bromure d'éthyle pour amorcer l'anesthésie et continue ensuite avec du chloroforme. Depuis qu'il emploie cette anesthésie mixte, il n'observe plus d'incidents chloroformiques et se trouve à cet égard dans une quiétude parfaite. Je crois pouvoir dire que cette « sécurité » dont il nous parle est illusoire. Et puisque M. Ri-

chelot nous demande « ce que nous pensons aujourd'hui de ce mode d'anesthésie », je désire rapporter un cas malheureux qui montre bien qu'on peut succomber à une syncope du début de l'anesthésie quand on se sert du bromure d'éthyle.

Pendant que j'avais l'honneur d'assister M. Peyrot dans son service de Lariboisière, on apporta un matin une jeune Allemande de vingt ans qui souffrait cruellement d'une arthrite gonococcique du cou-de-pied. Je me mis en devoir de mettre la jointure en bonne position et de l'immobiliser dans un appareil plâtré. Cette malade poussait de véritables hurlements de douleur, et, comme elle n'entendait pas un mot de français, il nous était impossible de la calmer et de l'encourager à la patience. M. Peyrot arriva sur ces entrefaites, et, voyant que ces cris troublaient toute la salle et impressionnaient les opérées voisines, il nous engagea avec beaucoup de raison à faire respirer à la malade quelques bouffées de bromure d'éthyle. Un de nos internes avait précisément une prédilection marquée pour cet anesthésique, et c'était même lui qui dès le début de l'année avait vulgarisé son emploi dans le service. A peine eut-il approché la compresse au bromure d'éthyle du visage de la malade, qu'après deux ou trois mouvements de défense celle-ci tomba brusquement en arrière, irrémédiablement morte. Inutile de dire que tout fut employé pour la ranimer. A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, nous trouvâmes sur les valvules aortiques un champignon, un véritable chou-fleur, en un mot une endocardite végétante que nous n'avions pas soupçonnée avant l'anesthésie. Cette endocardite végétante était si typique que j'ai conservé une photographie des valvules. On me dira que nous aurions dû ausculter la malade avant de l'endormir. Mais je répondrai que même si nous avions entendu un souffle cardiaque, nous aurions probablement passé outre. Quel est celui d'entre nous qui n'a pas maintes fois anesthésié des cardiaques? Bien souvent, dans des conversations particulières, j'ai entendu émettre l'opinion que les cardiaques supportent très bien la chloroformisation. Je partageais cette manière de voir, mais j'avoue que je ne suis plus aussi affirmatif, car j'ai à vous relater un second fait de ma pratique personnelle dans lequel il s'agissait aussi d'un cardiaque avéré.

En 1899, pendant que j'étais chirurgien de l'hospice d'Ivry, on apporte un matin, au moment où je quittais le service, un vieillard atteint d'une infiltration d'urine avec sphacèle des bourses, etc. Je me mets rapidement en devoir de faire les grandes incisions périnéales classiques, et le malade demande instamment qu'on l'endorme. J'ai beau insister pour n'en rien faire, il se débat tellement que, de guerre lasse, je dis à mon interne de lui faire

respirer quelques bouffées de chloroforme. A peine la compresse est-elle approchée du visage qu'une syncope foudroyante terrasse mon malade avant même que j'aie fait usage du bistouri. A l'autopsie nous avons trouvé une symphyse cardiaque des plus prononcées.

Ainsi, voici deux catastrophes dans ma pratique personnelle, et les deux malades étaient des cardiaques. Si ce n'est qu'une coïncidence, elle est bien en vérité de nature à me rendre moins sceptique à l'égard des dangers de l'anesthésie chez les cardiaques.

Je ne veux pas terminer sans dire que je me sers toujours, pour le début de l'anesthésie, non pas de bromure d'éthyle, mais de kélène ou chlorure d'éthyle. Depuis plus d'un an je m'en sers avec le plus grand profit. M. Severeanu, de Bucarest, au Congrès international de 1900, et M. Malherbe, au Congrès de chirurgie de 1901, ont vanté cet anesthésique. Je suis surtout frappé de la rapidité de l'anesthésie avec le chloréthyle : jamais il ne m'a fallu plus d'une minute pour amener la résolution, et cela presque toujours sans excitation, sans mouvements de défense, et surtout sans cette congestion violacée de la face qui rend l'anesthésie au bromure d'éthyle si désagréable.

Mais je me garderai de dire du chloréthyle ou kélène ce que M. Richelot nous a dit du bromure d'éthyle. Il pourra très bien m'arriver avec le kélène ce que j'ai observé avec le bromure d'éthyle. Et en réalité, pour dire le fond de ma pensée et pour conclure, « je crois qu'il n'existe pas à notre connaissance actuelle d'agent anesthésique général qui mette sûrement à l'abri de la syncope foudroyante ; et cette syncope a des origines variables suivant les cas, terreur du malade, affection organique, mauvaise qualité du chloroforme, etc... »

M. Lucas-Championnière. — Comme tout chirurgien d'expérience lointaine, j'ai eu affaire aux accidents du chloroforme. Je pense qu'ils sont d'origine multiple et que tous les faits que l'on rapporte ne sont pas comparables. Il y a des sujets *in extremis* auxquels il faut peu de chose pour amener la mort, et ce ne sont pourtant pas ceux qui doivent nous préoccuper le plus. Les plus redoutables sont ceux qui étaient en état de santé apparente, chez lesquels l'opération devait peu exposer la vie et qui succombent inopinément.

Quelquefois, on trouve à l'autopsie un motif, une justification de la mort rapide.

J'ai eu trois cas de mort réellement imputables au chloroforme.

Dans deux cas, j'ai trouvé à l'autopsie cette cause de la mort. Ce ne sont même pas les cas de mort brutale instantanée. Une

jeune femme succomba après une opération fort longue pour des suppurations tubo-ovariennes, une heure après que la respiration artificielle eut paru la bien ramener à la vie.

L'autopsie nous montra une congestion pulmonaire intense chez un sujet qui avait une infiltration tuberculeuse méconnue pendant la vie.

Un enfant opéré pour une résection du coude succomba onze heures après l'opération. Une respiration artificielle prolongée l'avait ramené à la vie. Il fit une congestion pulmonaire à laquelle il succomba.

A l'autopsie, lésions tuberculeuses avancées qui avaient échappé au médecin qui nous l'avait adressé.

Bien que, dans ces deux cas, la mort n'ait pas été immédiate, elle résulte bien de l'administration du chloroforme.

Mais elle est le fait de lésions antérieures, et, quel qu'eût été l'agent adopté, la mort fût survenue.

Ether ou bromure d'éthyle avaient même beaucoup plus de chances de donner des accidents pulmonaires mortels plus ou moins rapides.

J'ai eu un seul cas de mort immédiate sans rémission sur la table d'opération. Là, il y eut une faute commise.

J'opérais une femme obèse pour une fracture de rotule. J'avais d'abord refusé cette opération. Puis, la faisant, j'avais recommandé une extrême prudence au chloroformisateur.

Celui-ci, sur une observation que lui fit un assistant, précipita sur la compresse la moitié d'un flacon de chloroforme.

Je n'ai su le fait que plus tard. Je m'aperçus de l'arrêt de la respiration. Mais il était trop tard. Les poumons saturés ne purent retrouver leur perméabilité, et le sujet succomba. Gêné par les assistants, je n'avais pu voir assez tôt l'accident, qui m'était caché par le chloroformisateur.

Dans ce cas même, l'état des poumons du sujet aurait rendu l'éther plus dangereux encore.

Si je n'ai pas vu avec le chloroforme la mort brusque qui suit une administration d'une dose insignifiante de l'anesthésique, ce n'est pas que je n'aie vu l'accident.

Cet accident se voit de temps en temps. Il y a des périodes où il a été beaucoup plus fréquent.

Il est caractérisé avant tout par l'arrêt brusque, brutal de la respiration plutôt que par la syncope vraie.

Aussi Vulpian, qui est peut-être le seul physiologiste français qui ait écrit des études pratiquement utiles sur l'anesthésie chloroformique, caractérisait ces accidents en leur donnant le nom de syncope respiratoire.

Par une intervention rapide, j'ai toujours réussi à en avoir raison.

Or, à cet égard, non seulement je recommande la respiration artificielle, mais je veux que tous les moyens qui la favorisent soient employés.

La langue au dehors, et non les tractions rythmées de la langue qui font perdre un temps très précieux.

Mais, dans les cas compliqués, il ne faut pas en rester là; et, contrairement à ce que disait un de nos collègues, la trachéotomie et l'insufflation directe de l'air dans le poumon peuvent rendre des services réels.

Il y a une douzaine d'années, j'ai eu à Saint-Louis un sujet que j'opérai pour une résection du genou, qui eut une de ces syncopes respiratoires. Je lui fis pendant une heure un quart de la respiration artificielle, ramenant, puis maintenant un pouls misérable, mais perceptible.

Il n'eut, pendant ce temps, aucun soupçon de respiration spontanée.

Je lui fis la trachéotomie.

J'insufflai de l'air dans une bronche avec une longue sonde rouge.

Enfin on m'apporta de l'oxygène que j'avais envoyé chercher en ville, et la première inspiration eut lieu après cette insufflation directe d'oxygène.

J'ai d'autres cas de trachéotomie heureuse.

La respiration doit être l'objectif de tout chloroformiste. Sa surveillance est tellement importante que si le pouls ou la respiration ne pouvaient être observés simultanément, il ne faudrait pas hésiter à abandonner le pouls.

Non seulement c'est la surveillance de la respiration qu'il faut conseiller, mais il ne faut pas oublier que le poumon est l'origine des accidents les plus multiples et les plus graves. Il faut donc se préoccuper du poumon plus que du cœur.

Quant au mécanisme même de l'accident, je crois que, malgré les prétentions des auteurs et la prophylaxie qui en découle, leurs théories restent encore en défaut.

Un point capital est la pureté du chloroforme, qu'il ne faudrait pas nous présenter comme résultat d'une étude nouvelle.

Sédillot avait donné la formule peut-être imprudente : « Le chloroforme pur et bien donné ne tue jamais ».

J'ai pour ma part attiré l'attention sur la qualité nécessaire du chloroforme à une époque à laquelle on ne s'y attachait guère.

Mais il y avait des hommes qui connaissaient admirablement toute la question, Regnauld par exemple, avec qui je m'en suis entretenu bien des fois.

Or, non seulement il est difficile d'obtenir le chloroforme pur, mais il est d'autant plus altérable qu'il est plus pur.

En outre, si, quand il contient des matières toxiques, à l'excès, les réactifs les reconnaissent, il y a une période dans laquelle il en contient de suffisamment homicides sans que les réactifs puissent les déceler.

Aussi, dès un temps éloigné Regnauld disait : « Vous ne pouvez faire qu'une chose : employer du chloroforme récemment purifié par une distillation méthodique ».

J'ai cherché à obtenir ce chloroforme administrativement. Malgré les promesses, je n'y avais pas réussi pour l'ensemble des services. Il paraît qu'actuellement on est disposé à arriver à cette solution.

Mais je ne l'avais pas attendue et voici plus de quinze ans que je fais distiller mon chloroforme par mon interne en pharmacie, et j'obtiens de la sorte un liquide suffisamment pur.

Je vois avec plaisir que j'ai eu déjà quelques imitateurs.

Pour bien donner le chloroforme, malheureusement nous sommes obligés de changer trop souvent de chloroformistes; il serait, évidemment, bien plus commode d'avoir toujours le même.

Mais je vous ferai remarquer qu'il ne faut pas trop médire de notre manière de faire. Elle nous oblige il est vrai à une peine et à une surveillance personnelles. Mais au moins nous éduquons en bonne moyenne un peuple de chloroformistes. Je suis persuadé, pour ma part, que nous évitons ainsi pour le public de véritables hécatombes. Là où il y a chloroformiste professionnel, personne n'apprend à donner le chloroforme.

Les études que j'ai faites des autres anesthésiques m'ont amené à penser que jusqu'à présent on n'a pas trouvé l'anesthésique non meurtrier. Il y a toujours un danger de mort dans l'anesthésie. Le chloroforme est plus brutal par exemple que l'éther, mais celui-ci amène des morts secondaires bien plus nombreuses tout en surprenant moins.

Beaucoup de chirurgiens de France et de l'étranger qui ont fait la même expérience en ont rapporté la même conviction :

L'éther vous soustrait à l'accident brutal, — il décuple les morts secondaires.

Je n'ai voulu ici que formuler quelques opinions acquises par l'expérience des cas de mort ou de mort imminente.

Je ne veux pas terminer sans dire ce que je pense des cardiaques.

C'est un préjugé vulgaire que les cardiaques sont plus mauvais sujets que les autres. Sans doute nous laissons les cardiaques en asystolie. Encore n'oublions pas qu'on les a soulagés par le chloroforme.

Mais jamais je n'ai vu un accident sur les cardiaques qui me sont passés par les mains.

J'ai le souvenir d'une dame qui, atteinte de lésion congénitale du cœur avec deux souffles au lieu de bruits normaux, asphyxiait au moment de la période d'expulsion et fut aisément endormie pour subir une application de forceps.

J'en pourrais citer bien d'autres.

Je suis convaincu que beaucoup de nos collègues pensent comme moi.

En somme, les accidents récents ne nous apprennent pas grand'-chose sur la mort par le chloroforme, que nous connaissions depuis longtemps.

Heureusement ces morts sont fort rares, certainement plus rares que les morts d'autrefois par la douleur.

A coup sûr, si nous n'avons pas rencontré l'anesthésique inoffensif, en restant bien convaincus que l'anesthésie met notre patient en menace de mort, nous avons bien de la chance par une surveillance attentive d'éviter ces morts.

Un sang-froid suffisant et une conviction absolue dans l'efficacité de la respiration artificielle permettront d'éviter les cas les plus redoutables, ceux qu'il a été impossible de prévoir.

Communication.

Grossesse extra-utérine. Mort du fœtus. Laparotomie. Marsupialisation du kyste fœtal. Guérison (1),

par MM. V. CARLIER et M. OUI (de Lille).

La femme X..., âgée de trente-huit ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 11 juillet 1901. Cette femme a eu cinq grossesses, dont deux gémellaires. Les quatre premières grossesses se sont terminées par des accouchements prématurés à sept mois. La cinquième (simple), datant aujourd'hui de quatorze ans, est seule parvenue au terme normal. Tous les enfants, sauf le dernier, actuellement vivant, sont morts quelques jours après leur naissance.

La malade raconte qu'elle est habituellement bien réglée. Du mois de décembre 1900 à la fin du mois de janvier 1901, elle perdit du sang presque continuellement. De la fin de janvier jusqu'au 15 mars, il n'y eut pas le moindre écoulement sanguin. C'est à cette époque que la malade aurait eu des nausées et aurait

(1) Travail lu par M. le Secrétaire général.

senti « bouger dans son ventre ». A partir du 15 mars, pertes constituées par un liquide brunâtre ou café au lait, puis, au début de juin, pertes aqueuses.

Vers le 24 juin, cette femme ressent des douleurs qu'elle compare à celles de l'acouchement. A partir de ce moment, elle ne perçoit plus aucun mouvement fœtal et, au bout d'une quinzaine de jours, inquiète de cette situation, elle entre à l'hôpital.

Femme de petite taille, maigre, mais paraissant avoir une bonne santé. L'abdomen est développé comme il l'est habituellement au sixième mois de la grossesse. Lésions syphilitiques (plaques papulo-muqueuses) au niveau de la vulve.

Par le palper, on constate, tout d'abord, la présence d'une tumeur développée surtout du côté gauche de l'abdomen, mais empiétant quelque peu sur le côté droit. Cette tumeur présente en tous ses points une même consistance. Elle est faiblement élastique. Sa forme est plutôt cylindrique qu'ovoïde. Elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne, et son extrémité supérieure est à environ deux centimètres au-dessous de l'ombilic. Elle est absolument immobile.

Sur le bord droit et à la partie inférieure de cette première tumeur, le palper en fait percevoir une seconde, beaucoup plus petite que la première, à laquelle elle paraît intimement liée. Elle est piriforme et plus dure que sa voisine. Cette seconde tumeur est couchée obliquement vers la fosse iliaque droite.

Par le toucher, on sent, dans la partie supérieure de l'excavation, une tête fœtale dont les sutures et les fontanelles sont nettement appréciables et qui n'est séparée du doigt que par des tissus peu épais. Les os de la voûte du crâne jouent les uns sur les autres sous la pression du doigt.

En avant de cette tête, très haut situé, collé derrière le pubis et difficilement accessible, on trouve le col ramolli et comme aplati d'avant en arrière.

L'examen bimanuel permet de constater, en outre, un léger sillon entre la petite et la grosse tumeur, et, de plus, d'apprécier des changements de consistance de la petite tumeur, qui durcit de temps en temps.

Par l'auscultation, on constate sur toute l'étendue accessible de la grosse tumeur un souffle isochrone au pouls maternel.

Cet ensemble de signes suffisait pour nous faire porter le diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant mort et une intervention fut décidée.

Le 26 juillet, les préparatifs étant faits pour l'opération, la malade est examinée sous le chloroforme. Outre les signes déjà constatés, cet examen permet de percevoir avec une parfaite

netteté les contractions intermittentes de la petite tumeur. Le cathétérisme nous montre que la cavité utérine mesure 12 centimètres. Il n'y a donc plus le moindre doute sur l'exactitude du diagnostic primitivement posé.

Laparotomie médiane. Après incision de la paroi abdominale, le kyste apparaît, de couleur foncée, libre d'adhérences dans sa partie supérieure, mais très adhérent au niveau de l'excavation. De gros vaisseaux sillonnent sa face antérieure. Accolé au kyste, auquel le relie un pédicule large et court, on sent et on voit très nettement l'utérus. La paroi du kyste est incisée largement ainsi qu'une portion du placenta inséré en avant. Il n'y a pas d'hémorragie notable. Le fœtus, saisi par les pieds, est rapidement extrait et le cordon est sectionné. Le kyste ne contient pas une goutte de liquide amniotique. Le kyste est alors marsupialisé par un sujet au catgut, et bourré de trois lanières de gaze iodoformée.

Le 7 août, la gaze est enlevée. On se contente de mettre dans la cavité une grosse mèche de gaze iodoformée.

Nouveau pansement le 18 août. Le 19, éruption iodoformique. La gaze iodoformée est remplacée par de la gaze stérilisée.

Jusqu'alors, le placenta n'avait montré aucune tendance à s'éliminer. A partir du 22 août, il se fait, *sans fièvre*, une véritable putréfaction du placenta. Les pansements sont imbibés d'une sorte de purée fétide de couleur brun rougeâtre. Des fragments de placenta viennent faire saillie dans la plaie. Saisis avec des pinces, ils se déchirent facilement, et il n'est possible d'extraire que des morceaux insignifiants de tissu placentaire.

Le 27 août, la pince ramène un gros fragment de placenta. Un drain de caoutchouc est mis dans la poche. Le 29 août et le 2 septembre, deux gros morceaux de placenta sont encore extraits. L'exploration digitale ne permet plus de rien sentir.

Le 5 septembre, pus crémeux, sans odeur. Le drain est retiré.

La malade sort sur sa demande le 26 septembre. Il persiste encore une petite plaie en voie de cicatrisation.

Le fœtus, macéré, pesait 600 grammes.

On peut dire que, dans ce cas, tous les signes classiques de la grossesse extra-utérine étaient réunis. Aussi n'hésitâmes-nous guère à porter ce diagnostic, tout en nous réservant, pour plus de sûreté, de le vérifier avant l'opération, en pratiquant, sous le sommeil chloroformique, un nouvel examen, et le cathétérisme utérin.

Quant à l'intervention, nous avons suivi la ligne de conduite que nous nous étions tracée et qui est celle que recommandent, en ce cas, MM. Pinard et Segond. Les adhérences intimes qui existaient entre le sac et les parois de l'excavation pelvienne n'au-

raient, d'ailleurs, permis l'extraction du kyste fœtal qu'avec de grandes difficultés, et nous aurions probablement été amenés à provoquer l'hystérectomie.

Peut-être aurions-nous pu, dans ce cas, extraire immédiatement le placenta? La guérison eût été certainement plus rapidement obtenue; mais elle ne l'eût pas été plus sûrement. Le décollement immédiat du placenta est, en effet, trop souvent accompagné d'une abondante et dangereuse hémorragie. La marsupialisation du sac offre, au contraire, pour la malade, une sécurité incomparable. Il nous a paru plus sage de la pratiquer et, du reste, l'élimination un peu longue de la masse placentaire n'a présenté, chez cette femme, aucun inconvénient autre que sa durée.

Présentations de malades.

M. Walther. — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Gastrostomie. Examen radioscopique de l'œsophage, après injection d'un cachet de bismuth.

Plaies du bras et de l'avant-bras droits par arme blanche, section de l'artère humérale, hémorragie considérable; hémostase retardée, guérison.

M. Delorme. — L'intéressant blessé que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie est bien digne de fixer un instant son attention.

Le 14 mars 1901, au Tchad, dans une charge en fourrageurs, le maréchal des logis Crot.. fut atteint à la distance de 6 mètres par deux sagaies.

L'une s'enfonça profondément dans la face antérieure de l'avant-bras; l'autre, pénétrant la partie postéro-externe du bras droit dans son quart inférieur, ressortit au pli du coude, l'avant-bras étant fléchi à angle droit sur le bras.

Dans son trajet elle trancha net l'artère humérale, sans toucher son nerf satellite.

L'arme fut arrachée sur-le-champ par un camarade du blessé.

L'hémorragie immédiate fut si abondante par les plaies antérieure et postérieure, qu'au dire du blessé, la croupe et l'encolure du cheval furent teints de sang.

Emporté par son cheval, le maréchal des logis Crot... franchit une centaine de mètres, puis son bras jusque-là fléchi à angle droit s'étendit, lâcha le sabre qu'il tenait; le blessé perdit connaissance et roula à terre dans la brousse.

Ce n'est qu'au bout d'une vingtaine de minutes, au moment où, perdant toujours du sang en abondance, il cherchait à se traîner vers le village d'où le peloton avait commencé à charger, qu'il fut retrouvé et qu'il reçut les premiers secours si nécessaires et auxquels il dut la vie.

Avec ce qu'il avait sous la main, avec des mouchoirs de poche, son officier, M. le lieutenant Av..., exerça une vigoureuse compression locale qui arrêta l'hémorragie.

Quelques instants plus tard, le médecin de la colonne assura l'antisepsie des plaies. En raison de leur netteté et de l'absence d'écoulement sanguin abondant, il crut pouvoir se dispenser d'assurer une hémostase définitive directe, une ligature, et sutura les plaies.

Malgré une suppuration abondante qui dura plusieurs mois, il n'y eut ni hémorragie retardée, ni hémorragie consécutive.

Ce blessé entra à l'hôpital Bégin il y a deux mois, dans mon service, pour une rétraction de la cicatrice antérieure qui maintenait l'avant-bras fléchi à angle droit et l'empêchait de s'étendre. En pratiquant l'ablation de cette cicatrice profonde, je m'assurai que l'artère humérale ne se retrouvait plus à son lieu et place.

Le pouls radial est imperceptible comme l'ont constaté divers membres de la Société.

Le fonctionnement du membre est rétabli. On ne constate que quelques troubles de sensibilité dans la circonscription du radial. Rien à noter dans celle du médian.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans la survie du blessé, malgré une section d'une grosse artère dont l'hémostase provisoire n'a été assurée qu'assez tardivement.

Tarsectomie presque totale pour tuberculose. Incision antérieure du cou-de-pied, Cocaïne lombaire. Résultat fonctionnel excellent. (Observation rédigée par MM. Leborgne et Bouquerel, externes des Hôpitaux.)

M. Chaput. — Il s'agit d'un malade de vingt-quatre ans qui, en mars 1900, se fait une entorse du pied gauche pour laquelle il reste au lit huit jours. Depuis lors, il conserve de la douleur, et boite constamment. Il est réformé le 5 juin 1900 pour rétrécissement aortique.

A l'entrée dans le service, en mars 1901, on constate un gonflement de la partie externe du dos du pied, avec douleur.

On immobilise le pied dans un plâtre, et on fait de l'ignipuncture profonde.

Il revient le 25 avril; on constate de l'empâtement en avant de la malléole externe. Le bord interne et la plante du pied sont tuméfiés, la voûte plantaire est nivelée.

Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne ne sont pas douloureux. On perçoit une crépitation osseuse de l'articulation calcanéo astragalienne.

Il existe des points douloureux sur l'astragale, le calcanéum et le cuboïde.

Le 27 *avril* 1901, anesthésie lombaire.

Incision en H sur la face externe du calcanéum.

Évidement large de la grande apophyse.

Bourrage iodoformé. Cicatrisation en quelques semaines.

Le malade revient en juillet 1901, la plaie opératoire est bien cicatrisée, sans tuméfaction sous-jacente; mais sur la face dorsale et sur le bord interne du pied on constate la présence d'une tuméfaction assez considérable s'étendant des os de la jambe aux orteils, et envahissant le bord interne du pied et la malléole interne.

Au-dessous de la malléole interne on constate un point mollasse (fongosités).

Il existe des points douloureux : au niveau de la pointe de la malléole interne, sur le col de l'astragale, sur la face interne du calcanéum.

L'extension et la flexion du pied sont très limités; la rotation est très douloureuse.

Le 20 *juillet* 1901, anesthésie lombaire 2 centigrammes. Je pratique sur la jambe et le dos du pied une très longue incision de 15 à 18 centimètres, jusqu'à l'os.

Le squelette est mis à nu à la rugine.

J'enlève par morcellement, avec une forte gouge, l'astragale, le scaphoïde, le cuboïde, les cunéiformes et la grande apophyse du calcanéum.

Lavage de la cavité à l'eau oxygénée. Bourrage iodoformé.

La cicatrisation est complète en décembre.

Le malade, revu le 24 janvier 1902, présente un pied dont le calcanéum paraît remonté en arrière, et dont la voûte plantaire est comblée. La forme du pied est très satisfaisante, étant donnée l'étendue des résections osseuses. Le malade marche très convenablement avec une canne.

L'incision antérieure me paraît bien préférable à tous les autres procédés dans les cas de tuberculose étendue du tarse; elle donne

un jour immense et ne sacrifie aucun organe. Elle n'expose pas à la nécrose des tendons dénudés, comme les incisions en guêtre pour l'ablation de l'astragale; enfin elle favorise beaucoup la cicatrisation, par la mobilité des lambeaux latéraux qui arrivent facilement au contact avec les autres parois de la cavité.

Cette incision ne serait d'aucune utilité si les os avaient la consistance normale, mais avec des os tuberculeux et ramollis l'évidement complet est très facile.

J'ai employé ce procédé sur deux autres malades encore en traitement; il m'a donné toute satisfaction au point de vue opératoire, et le résultat définitif paraît devoir être très satisfaisant.

Un dernier mot pour faire remarquer que l'anesthésie lombaire a été parfaite, et innocente malgré un rétrécissement aortique.

M. Le Dentu. — Je n'ai pas d'expérience de ces opérations chez les très jeunes sujets, où elles donnent de bons résultats. Je l'ai pratiquée plusieurs fois avec peu de succès sur des adultes. Récemment encore la reproduction des fongosités et l'apparition de la tuberculisation pulmonaire m'ont forcé à faire l'amputation.

En résumé, c'est une opération utile, mais sur laquelle il ne faut compter que chez les jeunes sujets.

Kyste du pancréas.

M. Rochard. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade que j'ai opéré pour un kyste du pancréas; le contenu du kyste était de plus de 6 litres, et le pancréas refoulé par la poche kystique faisait saillie en haut et en avant; la poche fut marsupialisée, et aujourd'hui, après cinq mois, il reste une fistule pour laquelle je demande l'avis de mes collègues.

Voici, du reste, l'observation prise par M. Lemaître, interne du service.

S... (J.), âgé de soixante-trois ans, coiffeur, entre le 24 août 1901, salle Broca, lit n° 8, à l'hospice d'Ivry.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quarante-six ans de pneumonie. Mère morte à quatre-vingt-un ans. N'a qu'une sœur, âgée de soixante-deux ans.

Antécédents personnels. — S'est toujours bien porté (à part une attaque de rhumatisme en 1870) jusqu'au mois de mars 1901. A ce moment, il ressentit des douleurs violentes dans la région dorso-lombaire; ces douleurs venaient par crises provoquées surtout par la station debout le tronc incliné en avant (le malade est coiffeur).

Au mois de mai suivant, deux mois et demi après ces crises douloureuses, le malade s'aperçut que la région épigastrique était dure et bombait légèrement; il consulte un médecin qui fait une ponction et retire 1 litre et demi environ d'un liquide brunâtre ressemblant à du chocolat dilué.

A la suite, le malade se sent soulagé, mais, en juin, un zona intercostal siégeant à droite se développe.

La tumeur se reproduit petit à petit et le malade se décide à venir à Paris *en août* 1901.

Examen. — 1° *Au point de vue fonctionnel.* — Rien de bien net.

Le malade a bon appétit, les digestions se font régulièrement, pas de constipation ni de diarrhée, *ni de stéarrhée.* La respiration n'est pas gênée.

2° *Au point de vue de l'état général.* — Le malade avait maigri de 12 à 15 livres, mais le teint était bon; pas de cachexie, pas d'ictère.

3° *Au point de vue des signes physiques.* — A l'inspection, on constate une tuméfaction des régions épigastrique et hypocondriaque gauche. Les côtes gauches, très visibles, sont légèrement déviées au dehors.

A la palpation. — Cette tumeur est peu mobile; elle s'abaisse légèrement à chaque forte inspiration; elle a pour limite :

A droite. Une verticale éloignée de 5 à 6 centimètres de la ligne médiane.

En haut et à gauche. La tumeur est mal limitée et se perd sous les fausses côtes.

En bas. Elle dépasse de un à deux travers de doigt l'ombilic.

On a la sensation d'une tumeur dure, lisse, régulière, rénitente, sans fluctuation, sans ballottement: pas de frémissement hydatique. Pas d'ascite.

A la percussion. — Matité qui semble, en haut et à droite, se confondre avec celle du foie; à gauche, elle remplit tout l'hypocondre gauche. En bas, matité totale jusqu'à l'ombilic, submatité jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse.

L'examen du thorax et de l'appareil respiratoire reste négatif; ni matité, ni abolition du murmure vésiculaire; pas de frottements pleuraux ni à droite ni à gauche.

Les urines ne décèlent ni albumine, ni sucre, ni urobiline.

Une ponction exploratrice est faite le 27 août. On retire une pleine seringue de Pravaz de liquide chocolat analogue, dit le malade, à celui déjà retiré.

L'opération a lieu le 28 août. Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Incision des muscles aponévrotiques.

Le péritoine ouvert on voit :

La tumeur, cachée sous le grand épiploon; celui-ci est très maigre et peu vasculaire.

L'estomac est refoulé en haut.

Le foie est basculé en arrière. Sa face inféro-postérieure est devenue inféro-antérieure.

Le côlon transverse est refoulé en bas.

Le grand épiploon est incisé; petite hémorragie vite arrêtée; quelques adhérences rompues et liées.

On aperçoit alors la tumeur revêtue de péritoine et ayant détaché de la paroi abdominale postérieure le corps du pancréas qui apparait ainsi refoulé en avant et mobilisé. Au-dessus de son bord supérieur, on voit battre l'artère splénique; la veine sous-jacente est également visible près de la queue.



Impossibilité absolue de libérer la tumeur, tant elle est adhérente aux organes. *Pancréas et vaisseaux spléniques*, en avant; *duodénum et pédicule hépatique*, à droite; *côlon transverse et son méso*, en bas.

Ponction avec trocart à kyste de l'ovaire. On évacue ainsi 8 litres et demi de liquide brun chocolat. Marsupialisation.

Fermeture de la paroi, drainage avec deux gros drains en canon de fusil.

Suites opératoires parfaites; le soir, pas de fièvre; pouls à 80.

Le lendemain, 29 *août*, on fait le premier pansement; le kyste s'est vidé, les drains ont parfaitement fonctionné.

30 *août*. Nouveau pansement renouvelé tous les jours.

Le 4 *septembre*, on enlève les agrafes métalliques et on laisse un seul drain.

Le 9 *septembre*, légère ascension thermique; le liquide sort trouble et d'odeur infecte; jamais de matières fécales; lavages à l'eau oxygénée renouvelés chaque jour; la fièvre cesse, mais le liquide ne se tarit pas.

Le 1er *octobre*, le malade se lève.

Depuis cette époque jusqu'au 15 janvier, le pansement est fait chaque jour, précédé d'un grand lavage avec, alternativement, eau boriquée, eau phéniquée faible, eau oxygénée, eau iodée; plusieurs fois on tentait la suppression du drain, qui amenait de la rétention, de la température et une odeur infecte.

Le 15 *janvier* 1902 on supprime définitivement le drain.

Les jours suivants, le liquide sort de lui-même, mais en petite quantité.

Le 27, accidents de rétention avec liquide purulent et d'odeur infecte, accidents qui cessent rapidement. Le malade est présenté le 29 à la Société de chirurgie.

L'examen chimique du liquide kystique n'a pu être fait lors de l'opération, mais, lors d'un pansement, il a pu être prélevé une petite quantité de liquide dont l'examen a donné le résultat suivant :

Examen du liquide recueilli par la fistule, pratiqué par M. Delort :

1° Le liquide présente une réaction *alcaline.*

2° Une certaine quantité de ce liquide, *portée à l'ébullition* et mise en contact avec une solution d'empois d'amidon, en présence de fluorure de sodium à 1 p. 100, ne manifeste pas la moindre propriété diastasique, après être restée à l'étuve pendant douze heures à 35 degrés.

3° Une nouvelle portion du liquide *non bouilli* et mis en présence d'une solution d'empois d'amidon additionné de 1 p. 100 de fluorure de sodium saccharifie l'amidon avec la plus grande facilité après être restée à l'étuve pendant douze heures à 35 degrés.

4° Ce liquide paraît agir sur les matières albuminoïdes en donnant naissance à des peptones. Toutefois la quantité de liquide dont nous disposions n'a pas été suffisante pour qu'on ait pu étudier ses propriétés peptonisantes d'une façon rigoureuse.

M. Richelot. — J'ai opéré, en mai 1900, une femme de soixante-deux ans chez laquelle j'ai cru pouvoir diagnostiquer un kyste du pancréas. L'énorme collection séreuse soulevait l'estomac et le mettait en contact avec la paroi abdominale; elle paraissait remplir l'arrière-cavité des épiploons et occupait tout l'hypocondre gauche. Je la ponctionnai à travers le mésocôlon transverse et en retirai 4 litres de liquide séro-sanguinolent; la membrane kystique se distinguait très nettement, elle était fibreuse et mince. Après drainage par un gros tube de caoutchouc, la malade guérit en quelque semaines; mais, en juin 1901, elle revint me trouver avec une nouvelle tumeur abdominale faisant encore saillie sur la ligne médiane, mais beaucoup plus développée à gauche. Une nouvelle laparotomie, sur l'ancienne cicatrice, me conduisit encore sur l'estomac, mais cette fois très adhérent au péritoine pariétal; je trouvai prudent de refermer la plaie et d'aller ouvrir l'abdomen au niveau de la saillie fluctuante du flanc gauche. Je retirai une grande quantité de sang noir et fluide et mis un drain. Comme la première fois, la malade guérit en quelques semaines, sans fistule, et la guérison paraît actuellement définitive.

Il semble donc que certains de ces kystes que nous rattachons au pancréas — est-ce toujours la vérité? — peuvent guérir sans rester indéfiniment fistuleux.

M. Routier. — J'ai observé une fistule pancréatique située sur la cicatrice d'une néphropexie chez une malade chez laquelle j'avais diagnostiqué un rein mobile. Je commençai l'opération comme pour la néphropexie. Le rein était en place. Je trouvai une tumeur qui a fui profondément dans l'abdomen et que je n'ai bientôt plus sentie.

Je refermai. Deux mois après elle revenait me voir avec une fistule d'où sortait un liquide très clair qui fut reconnu par M. Leidié, pharmacien en chef de l'hôpital Necker, être du liquide pancréatique. La fistule se ferme, se rouvre de temps en temps et la malade se porte bien.

M. Labbé. — Une des dernières fois que j'ai pris le bistouri, c'était pour opérer un kyste du pancréas. J'ai enlevé une quantité énorme de liquide. J'ai réséqué une partie de la poche et marsupialisé le reste. En trois mois la fistule s'est fermée. Cette malade, qui était cachectique avant l'opération, se porte depuis admirablement.

M. Tuffier. — J'ai eu l'occasion, il y a un an, d'opérer un malade atteint de kyste du pancréas. Je fis l'excision partielle de la poche et la marsupialisation de ce qui restait. Or, depuis cette époque, cet homme présente une fistule persistante donnant issue à du suc pancréatique et n'ayant aucune tendance à la cicatrisation : tous les moyens que j'ai employés jusqu'ici contre elle ont échoué.

M. Ricard. — Il se développe dans cette région des tumeurs de différentes natures. J'ai opéré, il y a plusieurs années, une masse polykystique venant certainement du pancréas. J'en ai réséqué la plus grande partie, marsupialisé le reste.

La cavité est restée purulente plusieurs mois; puis la malade guérit. Elle est morte quelques années après, avec une généralisation de sa tumeur dans tout l'abdomen.

J'ai opéré à peu près à la même époque un kyste hydatique rétro-pancréatique, dont j'ai pu réséquer la presque totalité.

Malheureusement dans le pédicule se trouvait le pancréas étalé qui fut sectionné en travers de telle façon qu'on voyait très nettement le canal de Wirsung, par lequel sortait du liquide pancréatique. Le malade a guéri de son kyste hydatique, mais a conservé pendant longtemps une fistule pancréatique d'où sortait parfois jusqu'à un litre de liquide clair qui a été analysé, et les résultats de ces analyses ont fait l'objet de communications à la Société de biologie.

Au bout d'un certain temps, probablement à la suite de cautérisations avec la pointe fine du thermo-cautère, la fistule a fini par se fermer définitivement.

M. Rochard. — Le pancréas, dans mon cas, faisait partie de la poche. Il était à la partie antérieure. Actuellement le malade perd tantôt peu, tantôt beaucoup de liquide par sa fistule.

M. Delbet. — J'ai le souvenir que Claude Bernard a réussi expérimentalement à atrophier le pancréas en injectant un liquide dans le canal de Wirsung. Je crois que le liquide dont il se servait était l'huile. Je ne suis pas sûr de ce dernier point, mais il est facile de le vérifier.

Il me semble qu'on pourrait se servir du même artifice pour tarir les fistules pancréatiques, particulièrement celles du canal de Wirsung, qui se produisent dans les conditions dont on vient de parler,

---

Présentations de pièces.

Fibrome utérin. Dégénérescence kystique.

M. Routier. — Il m'a semblé, puisque la Société s'occupe en ce moment de certains points de l'anatomie pathologique des fibromes utérins, qu'il serait intéressant de vous montrer une pièce sur laquelle vous verrez au moins un aspect macroscopique peu connu dans ce genre de tumeur.

Voici un fibrome de l'utérus que j'ai enlevé il y a huit jours, et qui, si on s'en rapporte à l'histoire clinique de la malade, a évolué très rapidement, les premiers symptômes remontant au plus à deux années : cette femme a cinquante-cinq ans, et c'est surtout depuis l'âge de cinquante-trois ans qu'elle a eu des pertes de sang.

La douleur, très vive ces temps-ci, s'est surtout manifestée depuis six mois.

Cette pièce pèse 3.975 grammes, et est remarquable par son aspect extérieur ; à un fibrome déjà volumineux de l'utérus, et d'aspect ordinaire, s'ajoute une masse qui semble en être sortie comme par effraction, et qui a acquis des dimensions plus considérables que la masse primitive : elle s'en distingue par son aspect gris opalin qui tranche sur la coloration rouge-brun du

fibrome; sur la zone qui limite ces deux parties, vous voyez une masse de vaisseaux sanguins parallèles entre eux, très gros et très rapprochés, qui semblent aussi sortir de la tumeur inférieure, se perdre dans l'épaisseur de cette surface opaline que je ne saurais mieux comparer qu'au corps d'un énorme poulpe.

A la coupe, cette portion de la tumeur présente une membrane limitante, qui semble formée par le péritoine épaissi; elle présente une épaisseur moyenne de 2 à 3 millimètres, elle a l'aspect de l'albuginée du testicule du cheval; sous cette coque, l'intérieur est formé par le tissu ordinaire des fibromes, mais ce tissu est raréfié, surtout vers le pôle supérieur de la tumeur qui arrivait presque au contact du foie; là il y avait une véritable collection liquide, limitée par cette épaisse membrane d'enveloppe d'une part, d'autre part le tissu fibromateux baignait dans le liquide et était creusé de vacuoles plus ou moins larges. Ce liquide était clair, citrin, limpide.

Il ne s'agit évidemment pas de gangrène, mais de dégénérescence kystique.

Tumeur du cordon.

M. Peyrot. — J'ai l'honneur de vous présenter une tumeur du cordon que j'ai enlevée ce matin.

Elle pèse un peu plus de 600 grammes. Son aspect homogène, blanchâtre, sa consistance un peu molle, comme œdémateuse, font penser à un myxosarcome. L'examen histologique en sera fait avec soin, et j'en publierai l'observation détaillée. J'ai voulu vous montrer la pièce fraîche, ces néoplasmes étant en somme assez rares. A la tumeur se trouvait surajoutée une assez volumineuse hydrocèle. Le diagnostic de tumeur du cordon avait été porté; mais il nous a paru préférable de pratiquer la castration avec ablation en bloc de la tumeur et de l'hydrocèle, plutôt que de chercher à faire une simple énucléation du néoplasme.

M. Quénu. — J'ai opéré il y a quinze mois un homme de cinquante ans qui avait une tumeur multilobée du cordon que j'avais prise pour une épiplocèle; elle se prolongeait dans le ventre. J'ai dû en poursuivre la dissection dans le trajet inguinal et dans la fosse iliaque sous le péritoine, et j'ai dû laisser quelques masses.

Histologiquement il s'agissait d'une myxosarcome. Je m'attendais donc à une récidive locale, il n'en a rien été. Je l'ai revu, il y

a quelques jours. Il allait très bien. Le pronostic de ces tumeurs n'est donc pas fatalement défavorable.

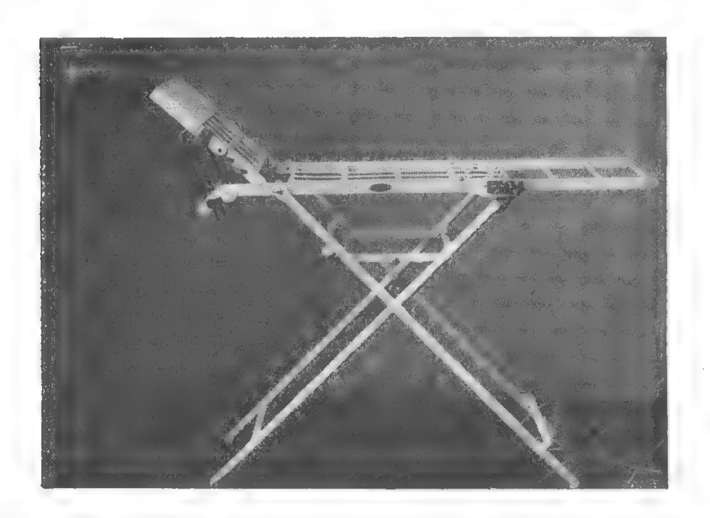
M. Peyrot. — J'ai pu faire le diagnostic, et j'ai pu l'enlever.

M. Luys montre deux tubes contenant deux urines différentes recueillies au moyen de son séparateur des urines des uretères. — Renvoyé à une commission, M. Hartmann rapporteur.

Présentation d'appareil.

Table de Morestin pour opérations sur la tête et sur le cou.

M. Richelot. — La table que je vous présente, et qui a été conçue par M. Morestin, mon assistant, est une heureuse modifi-



cation de la table que j'ai fait faire il y a quelques années, et qui me sert constamment soit à l'hôpital, soit en ville (elle est légère, se plie, se dédouble et se transporte facilement). Voici comment M. Morestin s'exprime au sujet de son ingénieuse invention :

« Pour toutes les interventions sur le cou, le crâne, la face, et

particulièrement la bouche, cette table nous rend chaque jour de très réels services. Elle peut servir par ailleurs pour toute opération de chirurgie générale ou de gynécologie. Elle diffère surtout des modèles ordinaires de nos salles d'opérations : 1° par son dossier mobile, dont la hauteur et l'inclinaison varient au gré du chirurgien, à l'aide de mécanismes simples, solides et sûrs ; 2° par l'existence d'une têtière que supporte une tige d'acier glissant derrière le dossier. C'est la pièce la plus intéressante. L'articulation qu'elle porte permet de lui donner toutes les inflexions. La têtière pouvant d'autre part subir des mouvements de rotation à droite et à gauche, la tige elle-même peut être haussée ou baissée à volonté, la tête est aisément mise dans toutes les attitudes. Le cou est complètement libre, car les épaules dépassent le dossier dont le bord supérieur doit arriver à l'épine de l'omoplate. Rien ne gêne l'opérateur, qui se trouve très à son aise, son aide séparé de lui seulement par l'épaisseur du malade.

« L'opéré est placé, d'une façon habituelle, non pas horizontalement, mais dans une attitude particulière, le tronc soulevé à 45 degrés, et la tête légèrement défléchie. Mais il suffit de tourner la manivelle pour le ramener à l'horizontale, s'il survenait la moindre alerte respiratoire. La position de Rose est aussi très commodément réalisée. La situation élevée de la tête et du tronc semble diminuer notablement la perte de sang dans les opérations importantes sur la face. Dans l'attitude indiquée, les dissections du cou et du plancher de la bouche peuvent être exécutées avec une sûreté et une précision extrêmes, ces régions étant ainsi tendues, bien exposées et parfaitement éclairées. En somme, toutes les interventions sur la tête et le cou sont plus faciles, et c'est là une simplification qui n'est nullement négligeable. »

Élections.

Élection a une place de membre associé étranger

Votants : 30. — Majorité : 16.

M. Czerny	obtient :	29	voix.
Bulletin nul		1	

En conséquence, M. Czerny (de Heidelberg) est nommé membre associé étranger de la Société de chirurgie.

Élection de trois membres correspondants étrangers

Votants : 30. — Majorité : 16.

MM. Bull (de New-York)	obtient :	30	voix.
Howard B. Kelly (de Baltimore)	—	30	—
Von Eiselsberg (de Vienne)	—	30	—

En conséquence, MM. Bull, Kelly et Von Eiselsberg sont nommés membres correspondants étrangers de la Société de chirurgie.

Élection de cinq membres correspondants nationaux

Candidats présentés par la Commission :

MM. Chavannaz de (Bordeaux),
Imbert (de Montpellier),
Martin (de Rouen),
Delagenière (de Tours),
Toubert (armée).

Votants : 36. — Majorité : 19.

MM. Chavannaz (de Bordeaux)	obtient :	30	voix.
Imbert (de Montpellier)	—	34	—
Martin (de Rouen)	—	24	—
Delagenière (de Tours)	—	20	—
Toubert (armée)	—	26	—
Lafourcade	—	12	—
Mordret	—	6	—
Véron	—	4	—
Gaudier	—	2	—
Lamarre	—	2	—

Gilis	obtient :	2	voix
Fontoynont	—	2	—
Billot	—	2	—
Courtin	—	1	—
Rigal	—	1	—
Calot	—	1	—
Baudry	—	1	—
Rioblanc	—	1	—

En conséquence, MM. Chavannaz, Imbert, Martin, Delagenière et Toubert sont nommés membres correspondants nationaux de la Société de chirurgie.

Le Secrétaire annuel,
P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE ANNUELLE

(5 février 1902.)

Présidence de M. Paul Reclus.

ALLOCUTION DE M. PAUL RECLUS

Président sortant.

Messieurs,

Depuis plus d'un demi-siècle, chaque année, à la même époque, votre président vient vous lire un discours uniforme, en tout semblable à celui de ses prédécesseurs. C'est le même remerciement pour l'honneur d'avoir dirigé vos débats, la même admiration pour l'éclat de vos recherches, la même reconnaissance pour les collaborateurs du bureau, les mêmes regrets pour les collègues morts, le même accueil fraternel pour les nouveaux élus. Je ne chercherai pas à rajeunir ce programme et je le remplirai avec un naïf et sincère plaisir.

Car j'ai ressenti vivement l'honneur de présider votre Société! Une fausse modestie ne doit pas nous voiler le rôle qu'elle joue, et si, chez nous ou ailleurs, tel congrès réunit pour quelques jours de plus illustres savants, nous ne croyons pas qu'ailleurs que chez nous la chirurgie assemble chaque semaine des praticiens de culture plus élevée. Jadis nos voisins louaient nos maîtres de l'élégance de leur discours, pour insinuer sans doute que chez eux la forme l'emportait sur le fond. Nos maîtres actuels, sans rien perdre de leur parole claire, savent être impeccables dans la technique et, comme nos rivaux, de hardis, de probes ouvriers.

Comme pour les peuples heureux, pas de changements à noter parmi nous. M. Richelot est devenu honoraire, et M. Legueu, nommé titulaire, nous a donné sa mesure le jour même de son entrée. M. Bouilly monte au fauteuil de la présidence et nous sommes un peu vain d'un pareil successeur : son intelligence est faite de droiture, d'esprit et d'un bon sens qu'aiguisent une aimable malice et une bienveillante ironie. M. Pierre Bazy remplace M. Gérard Marchant comme secrétaire annuel, et comme

archiviste, M. Auguste Broca, M. Brun. Enfin nous conservons notre secrétaire général et notre trésorier. En temps et lieu un autre président saura louer le premier qui, en toutes circonstances et quoi qu'il ait à faire, fait excellemment ce qu'il est chargé de faire. Quant au second, il y aurait injustice à passer sous silence les services rendus ; il a su nous installer chez nous, dans cet hôtel confortable, sans grever d'un sou nos finances. Voici qu'on parle déjà de nous exproprier. Nous aurons encore besoin de son habile et persuasive gestion.

Nous n'avons aucune perte à déplorer parmi nos titulaires, nos honoraires et nos correspondants nationaux. Deux de nos associés étrangers, les deux doyens de notre Compagnie, sont morts comblés d'ans et d'honneurs, Floribert Soupart et Adolphe Burggraeve, l'un plus que nonagénaire et l'autre presque centenaire. Par contre, nous avons acquis Czerny comme associé étranger; comme correspondants étrangers, Kelly, Bull et Eiselsberg qui déjà auraient dû figurer sur nos listes; enfin, comme correspondants nationaux, Imbert, Paul Delagenière, Martin, Toubert et Chavannaz : nous les devons aux Facultés, aux écoles de province, à l'armée, sources inépuisables de précieuses recrues.

Cette année, en somme heureuse, ne fut point toutefois sans alarme : presque tous ici chirurgiens des Hôpitaux, la vraie substance de nos recherches nous la tirons de nos services, dont un règlement néfaste a failli tarir le recrutement. Sous une administration antérieure, un décret nous retira la consultation externe, et divisa Paris en circonscriptions dont les malades ne peuvent entrer que dans un hôpital déterminé, l'hôpital de la circonscription. Au début, le destin de ces deux réformes fut différent : on exécuta la première, on négligea la seconde, à ce point que la plupart d'entre nous en ignoraient même l'existence. Or, voici tout à coup qu'une circulaire impose l'exécution de cette loi d'airain. Désormais le chef n'aura aucun pouvoir sur le recrutement de son service; et tandis que le chirurgien de la consultation ou l'externe qui le supplée, l'interne de garde, le directeur de l'hôpital. encombrent nos salles à leur gré, lui seul ne pourra recevoir un malade. Et si parfois on ferme les yeux sur quelques entrées illégales, encore faut-il que l'admis appartienne à la circonscription hospitalière ; s'il habite hors de ses limites, quelque motivée que soit la demande du patient ou du médecin, fort de la circulaire administrative, on repoussera la demande. Vraiment, Messieurs, c'était trop! Nous avons protesté, discuté, plaidé, intercédé, prié tant et si bien, qu'à cette heure la Direction bienveillante contresigne nos admissions.

Mais c'est une tolérance qu'un Directeur concède et qu'un autre, moins aimable, peut retirer. Nous voudrions que ce fût un droit proclamé par nos règlements. Est-il, en vérité, question plus simple? Un malade, un blessé, veut entrer dans nos salles; il nous connaît, ou nous le connaissons, il a confiance en nous, entre nos mains il est tranquille, et ce calme est une condition de nos succès thérapeutiques. D'ailleurs nous l'avons déjà soigné, il fut naguère opéré par nous; nous avons lutté contre son mal, nous savons les écueils cachés, les tares secrètes et, dans nos mains averties, le patient guérira vite et mieux. Eh bien, s'il n'est pas de la circonscription, on peut d'un mot, au nom d'un règlement brutal, lui ravir tous ces avantages!...

Qu'importe? nous dit-on; les chefs de service, tous issus d'un même concours, ne sont-ils pas de science égale et d'égale pratique, et n'offrent-ils pas au patient les mêmes garanties? Oui, sans doute, mais tel d'entre nous, par goût ou par aptitude, a mieux étudié telle maladie, telle opération; le public le sait, il veut en profiter. — Erreur! nous a-t-on répliqué, le malade ignore jusqu'à votre nom; il ne recherche en vous que le maître estampillé par l'administration. — Oui, répondons-nous, souvent, mais pas toujours. Aux temps les plus aigus de la crise, une malade de Montmartre, vieille et pauvre, se vit refuser au nom du dogme des circonscriptions la porte du service où elle voulait être opérée : elle, son fils, sa fille et son gendre, distraits de leur travail et de leur gagne-pain, protestèrent par cinq jours de démarches, quatre voyages à l'hôpital, trois à l'Assistance publique, deux chez le chirurgien, deux chez le conseiller municipal de leur quartier; avec cela 4 fr. 80 d'omnibus, et plus du triple de perte de travail. — Et puis, si les malades ne nous connaissaient pas, demanderaient-ils à entrer chez nous? Et aurait-on imaginé un règlement pour le leur défendre?

Aussi précis, aussi légitime nous paraît le droit des malades que nous adressent les médecins de la ville. Vous avez cultivé un champ spécial de la pathologie, vous y avez fait quelques découvertes, vous dépistez telle affection à ses premiers débuts, vous avez imaginé ou perfectionné un procédé pour la vaincre. Dans ces cas-là vos collègues s'adressent à vous et le profit en est double; d'abord, les patients sont mieux soignés; et, de la masse des documents accumulés dans les mêmes mains, se dégagent des descriptions magistrales qui ont vite fait l'éducation de tous. C'est parce que les anévrismes arrivaient de partout dans le service de Broca que ce maître put écrire son merveilleux Traité.

Et puis, selon la vieille formule, nous transmettons aux jeunes la science que nous tenons des aînés, et les leçons faites dans

nos services sont l'essence même de l'enseignement clinique de Paris. Si notre Faculté attire chez elle des milliers de Français et des centaines d'étrangers, c'est aux maîtres de nos hôpitaux qu'elle le doit. Elle le sait si bien qu'elle a fait d'un très grand nombre d'entre nous ses auxiliaires officiels. Or, sans droit, sans initiative dans le recrutement de notre service pour grouper les divers cas et les diverses formes d'une maladie, l'étude régulière en devient impossible. — Et tout cela, Messieurs, pour ne pas toucher au dogme nouveau des circonscriptions hospitalières!

Quelles vertus singulières a-t-il donc pour qu'on veuille lui sacrifier tant de précieux avantages? Evidemment, il est naturel de réunir dans un hôpital les malades d'un même quartier; le transport est plus facile, les camarades sont plus près et, sans perte de temps, la famille court aux nouvelles et visite l'absent. Idée si simple qu'autrefois, lorsque l'ancien bureau central du Parvis Notre-Dame répartissait les admis, il les envoyait autant que possible à l'hôpital le plus proche de leur demeure. On n'a donc fait que réglementer une pratique ancienne, mais sans la rendre, hélas! mieux applicable. Les hôpitaux ont été bâtis au cours des années, sans prévoir les besoins du Paris du vingtième siècle; groupés pour la plupart sur la rive gauche, ils ne se prêtent guère à des subdivisions régulières, et le tracé des circonscriptions est vraiment singulier : Laënnec, par exemple, est à l'extrémité de son territoire, et, s'il recueille les éclopés du Champ-de-Mars, même ceux de Puteaux et du fond de Boulogne, il refuse l'entrée à qui trébuche devant sa porte ou qui tombe malade en face, dans les numéros impairs de la rue; ceux-là doivent être conduits à quelques kilomètres, à Cochin; et que devient alors la proximité de la demeure et la visite facile des parents?

Le règlement viole d'ailleurs lui-même le dogme qu'on dit intangible. D'abord, pour les cas d'urgence : l'écrasé, l'apoplectique de la rue porté au plus près par des passants ou des agents doit être reçu, qu'il soit ou non de la circonscription hospitalière. Puis, lorsque les salles d'un hôpital sont pleines, il faut bien envoyer l'excédent des malades dans les services d'une autre circonscription. Le fait est loin d'être rare, et je vois parfois, à Laënnec, des blessés de Lariboisière et de Saint-Antoine. Serait-il excessif et d'esprit trop révolutionnaire de réclamer une troisième exception : le droit pour le malade d'entrer dans le service de son choix? — Messieurs, un peu d'entente nous a fait gagner à moitié notre cause, un peu de persévérance nous donnera toute la victoire.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1901,

par M. Gérard Marchant, secrétaire annuel.

Messieurs,

Pendant l'année qui vient de s'écouler votre Société s'est fait remarquer par son activité. Ce n'est pas sans quelque embarras que j'ai à faire revivre devant vous de nombreuses communications, 57 rapports, 83 présentations de malades, 73 présentations de pièces et 14 présentations d'instruments ; telle est en effet la somme de vos travaux en 1901.

Discussions générales.

Cette enceinte résonne encore de votre importante discussion sur la **rachicocaïnisation**. C'est le 17 avril que notre collègue *Tuffier* vous communiqua son étude sur l'analgésie cocaïnique par la voie rachidienne. L'*historique*, la *technique opératoire*, les *inconvénients de la méthode* y sont soigneusement passés en revue.

Parmi les enthousiastes de la méthode s'inscrivirent tout de suite MM. *Chaput*, *Nélaton*, *Legueu*.

M. *Chaput* conclut de 57 cocaïnisations que l'anesthésie lombaire est préférable à l'anesthésie générale pour les *vieillards*, les *cachectiques*, les *pulmonaires*, les *maladies viscérales*, les *opérations sur le poumon*. Il ne limite même plus son champ aux opérations *sous-xyphoïdiennes*, tout en convenant qu'elle est moins avantageuse que l'anesthésie générale dans les opérations *sus-xyphoïdiennes*.

M. *Charles Nélaton*, se basant sur 157 cas d'anesthésie lombaire, pense qu'à l'heure présente le parallèle entre l'anesthésie par injection de cocaïne dans le canal rachidien et l'anesthésie générale peut être fait, et que l'anesthésie lombaire peut supporter cette comparaison ; et il ne doute pas qu'avec les améliorations qui ne manqueront pas d'être introduites dans son emploi, elle ne devienne dans l'avenir un procédé de choix pour pratiquer les opérations sur la région pelvienne et le membre inférieur.

M. *Legueu*. à l'aide de 150 observations personnelles, est venu

défendre la rachicocaïnisation. Pour toutes les opérations réglées, méthodiques, et même pour celles qui ne le sont pas, pourvu qu'elles soient de courte durée, il utilisera et emploiera à l'avenir jusqu'à plus ample informé la rachicocaïnisation.

M. *Vincent*, d'Alger, a pratiqué 100 anesthésies lombaires, et il continuera son emploi, car elle ne lui a donné aucun sujet d'inquiétude.

Pour M. *Schwartz*, c'est une méthode digne de figurer à côté des autres modes d'anesthésie : elle est utilisable lorsque l'éther, le chloroforme et l'anesthésie locale par la cocaïne sont contre-indiqués.

M. *Lejars* continuera à utiliser la cocaïnisation rachidienne, mais elle n'est pas et ne deviendra pas pour lui une méthode courante (surprise des piqûres, inconstance de l'analgésie, désordres fonctionnels).

M. *Poirier* pense que l'anesthésie par rachicocaïnisation peut être employée pour toutes les opérations à pratiquer sur le membre inférieur ; mais il lui préfère l'anesthésie locale s'il s'agit d'une opération légère, ou l'anesthésie par chloroforme pour une opération grave.

De 50 anesthésies lombaires M. *Ricard* a retiré une mauvaise impression, une sorte de crainte qui l'a empêché de continuer ses essais.

Il répugne à M. *Bazy* d'employer une méthode qui n'est pas absolument innocente, et dont il ne peut régler l'action.

M. *Routier* la considère comme une méthode d'exception, et lui préfère le chloroforme.

M. *Segond* n'a employé que quatre fois la rachicocaïnisation ; mais ses débuts ne sont pas bien encourageants, et jusqu'à plus ample informé il est probable qu'il s'en tiendra là.

Nous attendions dans ce tournoi l'entrée en lice de notre président, et vous vous rappelez avec quelle attention fut écoutée l'argumentation de M. *Reclus*.

Il n'est pas un adversaire intransigeant des injections lombaires : s'il a *crié gare !* c'est qu'on a déclaré la méthode *innocente*. Il revient sur l'historique de la méthode, sur sa technique, la physiologie pathologique, l'inconstance de l'anesthésie, et enfin ses dangers, accidents graves et morts !

Il faut améliorer la méthode, car si elle restait telle qu'elle est aujourd'hui, elle serait bien inférieure à ses deux rivales, l'anesthésie générale et l'anesthésie locale.

Il semble que l'appel de M. *Reclus* ait été entendu par M. *Guinard* qui, avec un zèle louable, et la collaboration de ses internes *Ravaut* et *Aubourg*, bactériologistes consciencieux, a cherché à

perfectionner la technique opératoire de la rachicocaïnisation.

Toute injection dans le canal rachidien provoque une méningite aseptique, une congestion de la pie-mère.

Les accidents consécutifs à la rachicocaïnisation, la céphalée, l'hyperthermie, les vomissements, sont d'autant plus marqués que le processus défensif de diapédèse a été plus accusé.

Et M. *Guinard* a eu l'heureuse idée d'associer la cocaïne au liquide céphalo-rachidien, et d'injecter ce mélange dans le sac arachnoïdo-pie-mérien.

Il évite ainsi les céphalées intenses, et, si elles se produisent, une nouvelle ponction met fin à ces accidents. Il réserve donc la ponction *ultérieure* « *au traitement de la céphalée* », et croit inutiles les ponctions *préventives* conseillées par M. *Chaput*.

M. *Tuffier* répond, et, avec une conviction et une éloquence que vous n'avez pas oubliées, il conclut que l'analgésie cocaïnique par voie rachidienne doit rester dans le cadre chirurgical, et sa place est nettement indiquée entre l'anesthésie générale et l'anesthésie locale.

La méthode se généralisant, des revers pouvaient se produire. C'est d'abord M. *Walther* qui signale chez une opérée à l'Hôtel-Dieu des accidents très graves (rachialgie, vertiges, vomissements, insomnies, raideur marquée de la nuque, etc.). Il est vrai que cette opérée avait été renvoyée, à pied, chez elle, une heure après sa rachicocaïnisation.

C'est M. *Nélaton* qui observe des accidents très graves (respiration artificielle pendant trois jours) survenus après une rachicocaïnisation, et qu'il attribue à l'impureté de la solution de cocaïne, question qui donne lieu à une intéressante note de M. *Rochard*.

C'est M. *Prouff* (de Morlaix) qui, par l'organe de M. *Broca*, nous fait connaître un cas de mort, à la suite d'une anesthésie lombaire; mais ici encore on peut incriminer l'opérateur, qui a laissé marcher sa malade après l'intervention.

Notre émoi fut beaucoup plus vif le jour où M. *Legueu*, avec une franchise qui n'a pas été comprise hors de cette enceinte, mais à laquelle vous avez tous rendu justice, nous fit connaître deux cas de mort *immédiate* survenus à l'Hôtel-Dieu dans son service.

La discussion en est là, mais le feu couve sous la cendre, et bientôt nous entendrons de nouveau avec plaisir les voix convaincues de nos collègues.

Tétanos. — Une petite épidémie de tétanos s'étant produite dans le service de M. *Reynier*, notre collègue a porté la question

devant vous. Pour expliquer l'apparition de cette complication, il n'a pu incriminer autre chose que le **catgut**, et encore ajoute-t-il « *peut-être* ».

Pour M. *Quénu*, neuf fois sur dix *les mains* sont l'agent intermédiaire de cette contamination. La *baignoire commune* a aussi ses dangers.

MM. *Pierre Delbet*, *Brun*, *Rochard* vous ont cité, à ce propos, la gravité, à coup sûr l'insuffisance des injections *intra-cérébrales* dans le traitement de cette redoutable affection.

Seul, M. *Letoux* (de Vannes) a obtenu quatre succès avec des injections intra-cérébrales d'antitoxine tétanique.

MM. *Monod*, *Bazy* surtout, *Rochard*, *Schwartz* ont insisté sur l'efficacité des *injections préventives du sérum antitétanique.*

Le **traitement des tumeurs malignes** par un sérum est, peut-être, la découverte de demain. M. *Reynier* vous a entr'ouvert un feuillet de ce livre encore fermé, en vous relatant l'observation d'un malade atteint d'un cancer de la langue, et qui fut très sensiblement soulagé par le sérum anticellulaire du Dr *Wlaëff*, privat-docent de l'Académie de Saint-Pétersbourg : il vous a donné un fait personnel d'une malade atteinte de tumeur du sein (épithélioma cylindrique), et dont l'état général s'était tellement amélioré sous l'influence de ce traitement, qu'elle avait augmenté de *huit ivres.*

Je ne puis suivre M. *Reynier* dans l'exposé scientifique de la théorie parasitaire du cancer, et des expériences de M. *Wlaëff*. Sa conclusion est que ce sérum a une action évidente, démontrée par la réaction de la lésion après l'injection, par la diminution de la douleur, par les tendances à la régression, par cette ischémie qu'on constate pendant l'opération, par ce retour de l'appétit, du sommeil, l'arrêt de l'amaigrissement, et quelquefois l'engraissement du malade.

M. *Picqué* a constaté dans un cas l'inefficacité de ce sérum. M. *Tuffier* pense que son action s'exerce sur l'état général des malades, mais nullement sur les tumeurs elles-mêmes. M. *Lucas-Championnière* ne nie pas la détente qui suit l'injection du sérum, mais le cancer n'en continue pas moins à évoluer.

En réponse à notre collègue de médecine *Launois*, qui vous avait montré une tumeur néoplasique du sein très améliorée, ainsi que l'a confirmé M. *Poirier*, non plus par le sérum de *Wlaëff*, mais par la méthode de *Jaboulay* (injections de chlorydrate de quinine), MM. *Tuffier*, *Quénu*, *Bazy* ont objecté que cette méthode n'était que palliative, qu'elle n'avait jamais donné entre leurs mains d'amélioration.

Sur la réduction des fractures. — M. *Tuffier* a pris prétexte d'une communication de M. *Delanglade* et de M. *Mignon*, pour préconiser la réduction des fractures à ciel ouvert : — ce ne doit pas être *un à peu près*, c'est une coaptation mathématique qu'il faut chercher

La réduction d'une fracture doit être faite, autant que possible, sous la radioscopie, et notre collègue a fait construire, à cet effet, une table spéciale qui lui permet, pendant les manœuvres de réduction, de suivre sur l'écran l'évolution des fragments, — et si cette réduction n'est pas faite, M. *Tuffier* n'hésite pas, ouvre le foyer de la fracture, ce qu'il considère comme absolument inoffensif. M. *Delanglade* a ainsi traité quatre fractures de l'extrémité inférieure du radius, et M. *Loison* une fracture de cuisse, irréductible, par interpostion musculaire. M. *Poirier* a aussi obtenu des résultats parfaits dans les fractures de jambe.

M. *Béclère*, notre collègue de médecine, nous a fait une communication importante sur la **radiographie stéréoscopique**, et M. *Walther* a insisté sur les avantages de cette image stéréoscopique qui nous fait voir les choses en place, nous donne la sensation du relief, du rapport réciproque des organes.

Chirurgie du crâne. — La chirurgie intra-cranienne a bénéficié, cette année, de deux importants progrès.

Au point de vue de la localisation des projectiles, l'appareil de M. Contremoulins a fait ses preuves entre les mains de MM. *Tuffier*, *Mauclaire*, *Michaux*, *Chaput*, *Reynier*, *Rochard*, qui l'ont loué sans réserves.

Il est vrai que par un autre moyen, basé sur les procédés radiographiques usuels, M. *Loison* avait déjà pu déterminer la position d'une balle dans le crâne ; mais notre collègue convient lui-même, avec modestie, qu'il ne doit être employé que lorsqu'on ne possède pas l'appareil de Contremoulins.

Dans les traumatismes du crâne, la ponction lombaire, en révélant la présence du sang, acquiert une valeur diagnostique, et même thérapeutique (disparition de la céphalée, des vomissements), ainsi que cela résulte des observations de MM. *Tuffier*, *Poirier*, *Rochard*, *Guinard*.

M. *Quénu* nous a décrit un type de fracture de la base du crâne, qu'il a anatomiquement dénommée fracture de l'étage postéro-antérieur para-médiane de la base du crâne.

Ce type de fracture est vieux comme le monde, puisque le grand prêtre Héli en serait mort, d'après M. *Félizet* ; mais comme il n'y avait pas eu de nécropsie, il était resté méconnu jusqu'au jour où M. *Quénu* le catalogua. Cette variété serait fréquente, puisque

MM. *Cahier*, *Lejars* en ont signalé des cas, et que je me propose de vous en fournir 12 observations dues à M. *Girard*, médecin de la marine à Toulon.

Les complications ou accidents consécutifs aux fractures du crâne ont fourni à beaucoup de collègues l'occasion d'interventions intéressantes.

Voici M. *Poirier* qui, dans un cas de fracture de l'étage antérieur du crâne avec *méningite infectieuse*, fait une double trépanation, et pense avoir réussi à enrayer la marche de cette complication mortelle et a sauvé son blessé.

C'est M. *Rochard* nous montrant un malade de Frogé (de Saint-Brieuc) guéri d'hémiplégie par deux trépanations successives.

La guérison de l'**épilepsie jacksonienne**, consécutive une fois à une fracture ancienne du pariétal, une autre fois à un coup de feu, dans un troisième cas à une exostose, a été établie sur des observations de MM. *Kirmisson*, *Loison* et *Schwartz*.

Colonne vertébrale et moelle. — Des observations d'*élongation de la moelle* (*Monod-Delbet*), de luxation de la colonne cervicale (*Routier*), d'hydrorachis (*Walther*) sont consignées dans nos bulletins.

La radiographie a permis à M. *Loison* d'extirper une balle logée dans la cavité sous-arachnoïdienne à la partie supérieure de la région lombaire.

M. *Kirmisson* vous a montré les méfaits du redressement forcé avec résection des apophyses épineuses, et a opposé ses résultats déplorables à ceux que donne la méthode conservatrice.

L'hydrocéphalie est une cause à peu près constante d'échec après l'opération du *spina bifida*, avait dit M. *Broca*; et de fait, les opérés de MM. *Letoux* (de Vannes), de *de Rouville* (de Montpellier), de *Walther*, de *Rochard*, de *Guinard* étaient dans un état lamentable après l'opération.

M. *Picqué* appuie cette manière de voir qui a inspiré la thèse de son élève *Bellangé*.

Aussi M. *Broca* pense-t-il qu'il ne faut opérer que dans les cas où le spina bifida, recouvert d'une bonne peau, a permis une longue survie. Pour les enfants à poche pellucide, prête à se rompre, le mieux est de les laisser mourir. — « Nous ne sommes pas à Sparte, s'écrie M. *Rochard*, et je ne refuserai pas à une mère l'opération de son enfant quand cette opération est la seule chance de salut. »

A M. *Potherat* qui cite une survie persistante d'excision d'un spina bifida chez un enfant de dix jours, M. *Brun* répond qu'il a

enlevé un *kyste extra-rachidien*, tellement il est convaincu de l'apparition de la méningite rachidienne et de l'hydrocéphalie après l'intervention.

M. *Potherat* nous a fourni une seconde survie, de M. *Dupraz* (de Genève), chez un enfant de huit mois; il s'agissait d'une méningose.

Plaies de la moelle. — Une observation de plaie de la moelle par arme à feu, fait divers qui a alimenté la grande presse, vous a été communiquée par M. *Walther* et a été le point de départ d'une discussion fort intéressante sur les phénomènes cliniques qui accompagnent les lésions de la moelle.

Pour M. *Walther* comme pour M. *Legueu*, il est toujours difficile de dire si la section de la moelle est complète ou incomplète.

Dans un cas où MM. *Lucas-Championnière*, *Brissaud* avaient cru à une section complète de la moelle, M. *Legueu*, en se basant sur la persistance des réflexes, fut conduit à opérer, et il trouva une simple section des cordons postérieurs de la moelle.

Pour M. *Lucas-Championnière*, dans la section complète de la moelle, il y a absence de douleurs.

Dans un cas de section *complète* de la moelle par arme à feu, M. *Tuffier* n'obtint de l'opération qu'une survie de six mois.

M. *Pierre Delbet* a abordé de front l'étude complexe des réflexes dans les lésions de la moelle.

La suppression totale des réflexes indique-t-elle une section complète de la moelle, une lésion irréparable? Commande-t-elle l'abstention ?

M. *Delbet* conclut que la moelle séparée de l'encéphale est aussi capable de réflexes, et que la suppression totale des réflexes ne prouve pas que la moelle soit complètement sectionnée, et ne commande pas l'abstention.

Chez un blessé de M. *Routier* (destruction gélatiniforme de la moelle) tous les réflexes étaient abolis, et la paralysie motrice et sensitive était complète.

M. *Terrier* rappelle que les traumatismes légers de la moelle peuvent, chez les animaux, s'accompagner de paraplégie.

Chez un blessé observé par M. *Reclus*, qui eut une fracture des vertèbres dorsales, accompagnée de paraplégie et de disparition complète des réflexes, un pronostic fatal, irrémédiable, fut fait par M. Chipault au nom de la physiologie ; or, il est absolument guéri.

La **chirurgie de l'oreille** n'a pas été dédaignée par vous.

M. *Picqué* a commenté une observation de M. *Troubert*, d'*otite*

moyenne aiguë suppurée à rechutes, compliquée de *méningite suppurée et de phlébite du sinus latéral*. La chirurgie fut impuissante.

M. *Sébileau* ne fut pas plus heureux dans un cas de suppuration aiguë de la caisse du tympan, compliquée de phlébite nécrosique du sinus latéral et de la jugulaire interne, rapporté par M. *Broca*.

Dans deux cas très diffficiles d'*otite moyenne compliquée de méningite et de thrombose du sinus*, M. *Imbert* a obtenu deux beaux succès par la trépanation, la ligature de la jugulaire interne.

Ces observations ont été présentées et discutées par M. *Broca*, avec sa compétence spéciale. Il vous a recommandé la *voie à suivre*, ses opérations *en deux temps*, l'utilité de la mise à nu et de la ponction du cerveau, pour déceler les abcès de l'encéphale ou remédier au trop plein du liquide céphalo-rachidien (hydrocéphalie aiguë).

La **cellulite rétro-antrale** a fourni à M. *Picqué* l'occasion d'un consciencieux rapport sur une observation de M. le D[r] *Toubert*, agrégé au Val-de-Grâce, enrichie de deux faits personnels de M. *Chavasse*.

L'infection de ces cellules mastoïdiennes aberrantes se fait-elle par voie lymphatique, comme le croit M. *Picqué*, ou par continuité de muqueuse et à travers un petit pertuis de la paroi osseuse, comme le pense M. *Broca*?

Je ne sais pas résister au plaisir de citer cette conclusion pratique de M. *Broca* : « Toutes les fois qu'existe derrière l'oreille un adéno-phlegmon d'aspect bizarre, quand on ne trouve pas au cuir chevelu la porte d'entrée, et quand, au contraire, il y a de l'otite moyenne, la règle formelle doit être d'explorer séance tenante la paroi profonde de la poche, pour déterminer s'il n'y a pas un point osseux dénudé. »

La **chirurgie oculaire** a permis à notre collègue M. *Félix Lagrange*, de Bordeaux, de vous faire deux lectures, l'une sur l'*hétéroplastie orbitaire par la greffe d'un œil de lapin*, l'autre sur *les tumeurs malignes des paupières*.

Un œil de jeune lapin introduit dans la capsule de Tenon, et au devant duquel on suture les muscles par paires, devient un excellent support pour l'œil artificiel, et, comme l'a répondu M. *Lagrange* à M. *Delens*, sur ses trois opérés la prothèse a été très supérieure à celle qui résulte de l'énucléation ordinaire.

Je note aussi deux communications, l'une sur la *sclérotomie* dans le traitement du glaucome, par M. *Galezowski*, avec M. *Delens*, rapporteur; l'autre sur la *strabotomie para-scléroticale*, et sur laquelle M. *Chauvet* a pris la parole.

Le traitement de la **névralgie faciale rebelle** *par la résection du ganglion de Gasser* a amené à cette tribune M. *Bouglé*, qui vous a rapporté un cas de guérison, et MM. *Guinard* et *Terrier* qui, à l'occasion d'un beau succès de M. *Delbet*, ont discuté sur la meilleure voie à suivre pour atteindre ce ganglion ; ils ont marqué leur préférence pour le lambeau temporal ostéo-plastique.

Dans un cas d'**anévrisme de la carotide interne et du sinus caverneux**, M. *Reclus* a pratiqué la ligature de la carotide primitive, qui est l'opération la plus rationnelle, dit M. *Delens*, et de fait la malade a été très améliorée.

Après *Langenbeck*, *Delore*, *Schwartz*, M. *Bouglé*, dans un cas de **fistule** du canal de Sténon, a abouché le canal directement à la muqueuse, en avant du masséter. Le résultat fut parfait, et M. *Nélaton* le prône comme le procédé de choix.

M. *Berger*, en vous montrant un malade auquel il avait enlevé **un large épithélioma** des régions pré-auriculaire et parotidienne, vous a dit les ressources précieuses que donnent les lambeaux sus-hyoïdiens et sous-maxillaires, dans la réparation des pertes de substance de la joue.

M. *Reclus*, dans un cas d'épithélioma térébrant du maxillaire inférieur, a obtenu un très bon résultat, et avec M. *Quénu*, il a insisté sur la nécessité, pour réussir, d'isoler le plus possible le foyer cruenté de la cavité buccale.

Certains de nos collègues, amoureux de la beauté de la forme, sont attirés par la **rhinoplastie**, et M. *Nélaton* par son procédé, M. *Quénu* par la méthode indienne, ont réparé des nez qui, grâce à une *chirurgie* réparatrice, bienfaisante et patiente, auraient rendu jaloux Cyrano de Bergerac.

Une courte discussion s'est élevée au sujet de la présentation d'un polype naso-pharyngien opéré par M. *Potherat* par les *voies naturelles sans opération préliminaire*, et M. *Walther* a insisté sur la nécessité d'une instrumentation spéciale.

M. *Ehrmann* a demandé votre avis sur une **anomalie rare de la voûte palatine** (brièveté extrême de cette voûte) ; M. *Delbet* a conseillé une plicature transversale dans le pharynx, destinée à combler le vide, et M. *Le Dentu* un appareil prothétique, une languette de caoutchouc.

Dans les palatoplasties difficiles, M. *Ehrmann* vous a proposé l'opération en deux temps, et a basé ses *conclusions* sur un nombre respectable d'opérations.

Il est intéressant de rapprocher de ces anomalies deux **cas de rétrécissements du pharynx** observés et opérés par M. *Morestin*, et sur lesquels M. *Lejars* a fait un rapport.

Comme raretés, notons deux tumeurs bénignes de la langue, extirpées l'une par M. *Delbet*, l'autre par votre secrétaire.

Lorsque, le 26 juin dernier, M. *Ricard* vous communiqua une modeste note **sur une variété de dégénérescence fibreuse du cou**, il ne pensait pas occuper cinq de vos séances et amener à la tribune douze de ses collègues.

Pour M. *Ricard*, ces tumeurs fibreuses, dont il a observé 3 cas, dérivent du corps thyroïde : elles envahissent les tissus vasculo-nerveux du cou, la trachée, l'œsophage, et doivent être extirpées le plus tôt possible.

Mais quelle est la nature de ces tumeurs singulières, néoplasmes malins par l'apparence clinique, par l'extension continue, etc., et tout à fait bénignes par leur structure et l'absence de récidive? se demande M. *P. Delbet* avec sa précision d'esprit et de langage.

Pour lui elles ne sont pas spéciales au corps thyroïde : ce sont des édifications fibreuses, d'origine inflammatoire, et ces fibromatoses s'observent autour de tout foyer infecté... et, avec M. *Delbet*, M. *Bazy*, M. *Potherat* en citent des exemples...

M. *Tuffier* admet cette analogie entre certains fibromes diffus de la paroi abdominale, et les tumeurs fibreuses diffuses parathyroïdiennes.

Cette conception paraît osée à M. *Michaux*.

M. *Walther* voit dans ces cas des formes rares de tumeurs qui simulent à s'y méprendre des tumeurs malignes; il les croit susceptibles de régression spontanée, même sans opération, et il en cite 2 cas.

Il répugne à M. *Berger* d'établir un parallèle entre ces fibromes thyroïdiens et les tumeurs similaires; il a observé 1 cas en tout superposable au cas de M. *Ricard*; il se sépare de notre collègue sur la question de ces interventions graves.

M. *Reclus*, rapprochant ces fibromes du phlegmon ligneux du cou, qui guérit spontanément après plusieurs semaines ou plusieurs mois, considère comme inutiles ces grandes interventions.

L'école de Lyon, par l'organe autorisé de M. *Poncet*, conclut à de la *thyro-carcinie fibreuse*. Lignosite thyroïdienne et cancer ligneux du corps thyroïde sont similaires, ainsi que le démontre l'histologie, et il est opposé aux opérations, qui ne donnent qu'une survie qui n'en vaut pas la peine.

Et Lyon et Paris gardent leurs positions.

Quelle voie faut-il suivre pour extraire *les corps étrangers de la trachée et des bronches* lorsqu'une opération sanglante est légitimée par l'insuccès de l'extraction par les voies naturelles?

M. *Ricard*, venant sans le savoir après *Milton*, choisit la voie antérieure, et vous vous rappelez avec quelle assurance, quelle dextérité notre collègue côtoya le tronc bracho-céphalique veineux, le cul-de-sac pleural, la veine cave supérieure, l'aorte, et arriva sur la face antérieure de la trachée, entre un mouvement d'expansion du poumon, et un balayage du champ opératoire par la trémulation de l'aorte! mais il ne put sentir le corps étranger, et, pensant qu'il était dans le poumon, il s'arrêta et n'ouvrit pas la trachée!

M. *Poirier* a lui aussi utilisé la thoracotomie antérieure par un procédé spécial, non pour les corps étrangers des bronches, mais pour extraire un énorme sarcome.

M. *Quénu* préféra la voie médiastine postérieure, qui lui permit, sur le cadavre, après résection des 3e, 4e, 5e et 6e côtes, décollement et refoulement de la plèvre médiastine, d'arriver sur la face postérieure de la trachée et des bronches, de les attirer avec une érigne, et d'y sentir à travers la paroi membraneuse dépressible le corps étranger.

A cette *thoracotomie postérieure*, à l'état de *projet*, et à la *thoracotomie antérieure*, qui a donné deux morts, M. *Tuffier* préfère l'extraction par les voies naturelles, mais il faut perfectionner les moyens d'extraction, et l'extraction *sous la radioscopie* lui semble réaliser un progrès.

C'est aussi l'avis de M. *Peyrot*, qui pense qu'avant de songer à ces formidables interventions, il faut épuiser les vieux moyens, et il cite 3 cas de corps étrangers du larynx extirpés par les voies naturelles par le Dr *Moure*.

Chirurgie pulmonaire. — Chez un malade qui avait une balle dans le poumon, M. *Loison* put, grâce à l'appareil de M. *Contremoulins*, la localiser, la saisir avec une pince et l'énucléer du parenchyme pulmonaire.

M. *Reclus* a fait remarquer que la plupart du temps ces projectiles s'enkystent, restent silencieux, et que l'existence de troubles sérieux peut seule légitimer de pareilles interventions.

Chirurgie de la plèvre. — M. *Loyson* vous a communiqué une étude très documentée sur les pleurésies éberthiennes, interlobaires, leur diagnostic et leur traitement.

M. *Delagenière* (du Mans) a développé devant vous une idée qui lui est chère : l'innocuité absolue de provoquer lentement, en plèvre

saine, un pneumothorax qui permet l'exploration facile de la plèvre et du poumon.

Notre collègue *Bazy* avait eu le mérite d'insister depuis longtemps sur l'innocuité du *pneumothorax progressif*, et il est même revenu sur ce sujet en janvier 1901.

Chirurgie du cœur. — Le 17 avril 1901, MM. *Mignon* et *Sueur* nous communiquèrent une observation de plaie ventriculaire du cœur droit, par coup de canif; trois quarts d'heure après cette tentative de suicide, ils intervinrent et firent la suture d'une plaie de ce ventricule droit, longue de plus d'un centimètre, et qui donnait lieu à une violente hémorragie.

Une heure et demie après l'opération le blessé succombait brusquement.

L'autopsie démontra que la fermeture de la perforation était hermétique. Honneur à nos collègues, même dans leur insuccès!

Vous vous souvenez encore de l'émotion que nous avons tous éprouvée le jour où le Dr *Fontan*, médecin en chef de la Marine à Toulon, est venu à cette tribune, pour la deuxième fois, vous communiquer un nouveau cas de guérison d'une plaie du cœur.

Vos applaudissements, dont vous êtes sobres, s'adressaient autant au chirurgien habile qu'à l'homme modeste!

Plaies du diaphragme. — Comment faut-il se comporter dans les plaies du diaphragme?

A la façon classique qui consiste à obturer purement et simplement la plaie du diaphragme par une suture, M. *Girard*, de Toulon, nous dit M. *Peyrot*, a préféré fermer la plèvre par l'adossement et la suture des lèvres de la plaie diaphragmatique avec les lèvres de la paroi pleuro-pariétale.

M. *Girard*, en fermant ainsi la plèvre, a voulu supprimer le phénomène gênant et effrayant de la traumatopnée.

M. *Rochard* a abordé la même question dans son rapport sur une communication de M. *Auvray* (3 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen).

Pour suturer une plaie profonde du diaphragme, d'après M. *Auvray*, il faut se donner du jour et faire la résection du rebord costal gauche, comme on le fait du côté droit pour les opérations sur le foie.

A cette intervention, M. *Rochard* préfère la voie transpleurale, et il rapporte sept observations avec sept guérisons : c'est elle qu'a suivie aussi M. *Poirier*.

Dans un cas, M. *Walther* suture de chaque côté la lèvre de la

plaie diaphragmatique à la lèvre correspondante de l'incision de la paroi thoracique.

M. *Delorme* est partisan, lui aussi, de la voie thoracique pour suturer les plaies du diaphragme ; mais, pour atteindre les plaies diaphragmatiques supérieures, il préfère la résection de la 6e et de la 7e côte à la section des cartilages costaux qui compromettent l'intégrité du diaphragme.

M. *Chaput* a pu suturer le diaphragme sans résection costale; il faut essayer de le fermer au cours de la laparotomie par la voie abdominale ; en cas d'insuccès on aura recours à la voie thoracique.

Chirurgie de l'estomac. — La chirurgie de l'estomac, qui compte dans notre Société de brillants et fervents adeptes, a chômé quelque peu cette année.

Une leucocytose *constante*, *persistante*, non *améliorée par la thérapeutique*, acquiert une valeur séméiologique dans le cancer de l'estomac, ainsi que cela résulte d'une étude de M. *Tuffier* sur l'*hémo-diagnostic au point de vue chirurgical*, dans le cancer de l'estomac.

M. *Hartmann* a insisté, lui aussi, sur cette leucocytose qui accompagne les *tumeurs gastriques*, leucocytose néoplasique portant surtout sur les mononucléaires.

C'est avec intérêt que vous avez vu un homme opéré depuis *3 ans* d'un épithélioma de l'estomac, par M. *Tuffier*, et resté guéri. L'examen histologique de la pièce a été fait par M. *Hayem*.

La *continence de l'estomac* après la gastrostomie peut être réalisée par les opérations les plus simples. M. *Tuffier* vous a présenté un malade, et M. *Monod* des pièces à l'appui de cette affirmation.

Les agrafes de Michel sont-elles appelées à remplacer les fils dans les opérations sur l'estomac? C'est peut-être l'opinion de M. *Chaput*, qui s'est livré à une série d'opérations chez les chiens, et a pratiqué ainsi une pyloroplastie.

M. *Delbet* fait observer que les mêmes opérations réussissent toujours sur les chiens en se servant *de fils*.

Une discussion sur *les corps étrangers de l'estomac*, leur migration par les voies naturelles, ou leur issue hors de l'estomac, a suivi le rapport de M. *Tuffier* sur une observation de M. *Kallionzis*; il note dans ce cas particulier la tolérance de l'estomac, puisque la fourchette y avait séjourné soixante-dix jours, et il étudie la position que peut prendre la fourchette, et qui explique certains accidents.

M. *Guinard* pense que les corps étrangers longs et rigides ne sont pas susceptibles de s'engager dans le duodénum, mais qu'ils

peuvent sortir de l'estomac, et tomber dans la cavité péritonéale, comme dans le cas de M. *Le Dentu*, observation d'une interprétation difficile pour M. *Terrier*, ce qui amène à la tribune MM. *Legueu* et *Le Dentu*, qui expliquent que l'issue à travers l'estomac n'e pas contestable.

A l'opinion de M. *Guinard*, M. *Rochard* oppose l'observation de cette jeune fille qui avait dans son intestin des manches de six cuillers, ayant passé de l'estomac dans le duodénum et l'intestin, sans sortir de l'estomac.

D'après *Poulet*, il cite encore le cas d'un matelot qui avait avalé seize couteaux, dont quelques-uns furent retrouvés dans l'intestin.

M. *Tuffier* rappelle aussi le cas d'un pistolet d'enfant arrêté dans le cæcum, après migration par les voies naturelles.

Chirurgie de l'intestin. — M. *Hartmann*, dans un cas de cancer de l'estomac inopérable, établit une bouche sur le duodénum, duodénostomie, opération ingénieuse, dont il a réglé tous les temps, et qui, dans ces cas exceptionnels, peut rendre des services.

M. *Routier* considère la *duodénostomie* comme un pis-aller et vous a cité deux cas dans lesquels il a eu recours à des manœuvres opératoires qui se rapprochent de l'opération de M. *Hartmann*.

Les *occlusions par vice de position de l'intestin* ont été discutées par M. *Broca* à propos d'une observation de *Frölich* (de Nancy).

MM. *Broca*, *Schwartz*, *Quénu*, *P. Delbet* vous ont fourni des cas de torsion du mésentère avec ou sans participation du gros intestin. Ces occlusions pourraient être soupçonnées, ainsi que l'a établi M. *Delbet*, par une absence de vomissements fécaloïdes, par un météorisme énorme et une ascite précoce.

Mieux connus, plus curables, sont les volvulus qui portent sur l'S iliaque, le côlon ascendant, et même le côlon transverse. MM. *P. Delbet*, *Broca* et *Guinard*, *Routier* en ont cité des exemples.

La *torsion du grand épiploon*, observée, opérée et guérie par *Tuffier*, est une rareté.

Dans tous ces cas la laparotomie peut seule triompher des accidents.

Les *perforations intestinales d'origine typhoïdique* ont été l'objet de deux intéressantes communications de MM. *Loison* et *Hartmann*.

M. *Loison*, sur 90 cas se rapportant absolument aux perforations typhoïdiques, a vu la mort 74 fois et 16 guérisons, soit 21,6 p. 100 de guérisons.

Les chances de succès sont plus grandes lorsqu'on intervient dans les douze premières heures. C'est l'état de résistance du sujet qui importe.

M. *Hartmann* montre qu'entre les mains de *Harvey Cushing* cette statistique s'améliore, puisque, sur 11 cas opérés par lui, il a obtenu 5 guérisons, soit 45,4 p. 100 de succès.

Aux signes habituels diagnostiques *Hervey Cushing* ajoute l'examen du sang. La perforation de l'intestin est immédiatement suivie d'une leucotysose (10 à 12.000 globules blancs par centimètre cube).

Cancer du gros intestin. — La résection étendue du gros intestin et une suture termino-terminale ont fourni à M. *Poirier* (*cancer iléo-cæco colique*) et à M. *Routier* (*cancer de l'S iliaque*) deux très beaux succès opératoires.

M. *Quénu* a pris prétexte de quatre observations de cancer du gros intestin (de MM. *Imbert*, *Gilis*, *Brin*) pour aborder magistralement et pratiquement l'étude du cancer de cette portion du tube digestif.

Dans les cas d'occlusion aiguë il faut faire *un diagnostic* et *parer au plus pressé*.

C'est l'opération en deux temps qui permet de remplir ces indications.

Le diagnostic fait, M. *Quénu* est certainement partisan de la *laparotomie*, mais il pense qu'en présence d'une obstruction intestinale datant de quelques jours avec énorme météorisme, il est prudent de se contenter de l'anus contre nature, et de ne recourir qu'ultérieurement à la résection de l'intestin. L'implantation termino-latérale et l'entéro-anastomose ont ses préférences.

A signaler l'observation de notre collègue M. *Chaput*, qui, dans un cas de *fistule stercorale*, fit une résection du cæcum, une suture circulaire iléo-colique, et obtint un succès.

Cancer du rectum. — M. *Quénu* vous a présenté une femme guérie d'un cancer du rectum par l'opération abdomino-périnéale qu'il a préconisée ; la pièce anatomique mise sous vos yeux ne vous a laissé aucun doute sur la perfection et l'étendue de l'opération.

M. *Berger* vous a fait connaître les modifications qu'il a apportées au procédé de MM. *Quénu* et *Hartmann* dans l'extirpation périnéale du rectum et a recommandé l'utilité de la suture en bourse de l'orifice anal, la résection du coccyx, l'ouverture du rectum après avoir étreint celui-ci au-dessus de la tumeur avec un tube en caoutchouc qu'on laisse en place.

M. *Chaput* a abordé le même sujet, et il a insisté sur la nécessité de faire l'anus iliaque préalable, sur la désinfection du rectum, sur l'incision en fourche, avec résection du coccyx, et vous a

dit que l'hémorragie était une pluie d'orage. Sa dernière statistique est de huit guérisons sur dix interventions.

Rétrécissements du rectum. — M. *Chaput*, commentant une observation de M. *Souligoux*, vous a entretenus du traitement du rétrécissement du rectum par la colostomie temporaire et le cathétérisme du rectum de haut en bas, et il a comparé avantageusement ce procédé à l'extirpation.

M. *Potherat* loue les bénéfices de la dérivation intestinale en pareil cas, et surtout lorsqu'elle est longtemps prolongée.

M. *Delbet* concède que cette dérivation a incontestablement une grande influence sur la rectite, surtout dans les formes banales, mais il n'en est pas de même dans les rétrécissements tuberculeux. Il loue les avantages de la dilatation rétrograde, qu'il emploie de préférence à l'extirpation, hérissée souvent de difficultés.

M. *Kirmisson* ne doute pas de la grande utilité de la dérivation des matières, mais il se demande si, avec le cathétérisme rétrograde sans conducteur, on ne peut pas faire de fausse route.

M. *Brault*, membre correspondant de la Société, commença l'extirpation d'un rétrécissement du rectum. Devant l'impossibilité d'isoler la tumeur, il fit un anus iliaque par lequel il établit un va-et-vient d'une sonde œsophagienne, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. La fenêtre iliaque se rétrécit, puis se ferma spontanément.

Pour la cure de l'anus iliaque, M. *Potherat* a pratiqué *la libération de l'anse*, *la destruction de l'éperon* et la *suture de l'anus*.

MM. *Bazy* et *Ricard*, au contraire, ont réussi avec un procédé beaucoup moins aléatoire l'*entéro-anastomose*.

Prolapsus du rectum. — Dans un rapport dont il ne m'appartient pas de faire l'éloge, mais dont je garderai le souvenir, M. *Pierre Delbet*, à propos d'une observation de M. Juvarra, de Bucarest, a longuement étudié *le prolapsus du rectum* et mis en parallèle les procédés de M. *Juvarra*, de M. *Delorme*, et la *rectococcypexie*.

M. *Delorme* a défendu son procédé de traitement du prolapsus complet du rectum par l'excision simple de la muqueuse, et a établi la priorité de ses publications sur celles de M. *Juvarra*.

Chirurgie de l'abdomen. — Le traumatisme direct peut, sans plaie cutanée, amener une rupture de la paroi abdominale et l'éventration consécutive; c'est ce que démontrent une observation de M. *Legueu* et les remarques de MM. *Delorme* et *Reclus*.

Vous n'avez certainement pas oublié la suggestive communication de M. *Hartmann* sur la valeur de la *contracture de la paroi*

abdominale, non limitée au point contus, comme l'indication d'une lésion viscérale et d'une cœliotomie immédiate.

Sur 27 cas de contusion abdominale, M. *Hartmann* relate 10 cas de contracture abdominale, avec constance des lésions viscérales, et 17 cas sans contracture abdominale qui ont guéri.

Plaies pénétrantes de l'abdomen. — La laparotomie a fourni des succès à M. *Walther* (plaie du foie et de l'estomac dans un cas, plaie du foie et division des artères épiploïques dans l'autre), appartenant à M. *Auvray*.

Dans le rapport sur les observations de M. *Auvray*, *de plaies par instrument tranchant de l'abdomen*, M. *Rochard* pense qu'il peut être dangereux de dévider l'intestin, et il estime qu'on peut se borner à un examen limité de la région voisine de la blessure.

Appendicite. — Comme les années précédentes, l'appendicite vous a souvent occupés.

M. *Guinard* vous a présenté un calcul de l'appendice développé autour d'un pépin, et un autre autour d'un fil de lin.

M. *Peyrot* nous a cité le cas d'une femme qui eut un phlegmon appendiculaire par trois noyaux de prune.

M. *Felizet* a trouvé une épingle de laiton dans un appendice, et fera à l'avenir la radiographie.

L'appendicite peut se propager à l'ovaire et à la trompe, ainsi que l'a établi M. *Potherat* d'après une pièce anatomique.

Une pièce bien curieuse d'appendice tordu quatre fois sur lui-même, de droite à gauche, et sphacélé, nous a été présentée par M. *Routier*. Sa rareté doit être grande, puisque M. Routier ne l'avait jamais rencontré.

La question de l'origine vermineuse de l'appendicite a été discutée à propos de la découverte d'un *ver trichocéphale* dans un appendice enlevé à froid par *Guinard*.

M. *Delorme* n'en a jamais rencontré. M. *Brun* ne le considère pas comme cause de l'appendicite. Pour M. *Rochard*, la seule question pratique est de bien savoir qu'on ne la guérit pas médicalement. M. *Kirmisson* est d'avis qu'il faut établir dans quelle mesure la présence des œufs et des vers joue un rôle dans l'appendicite.

Le *pyo-appendix* présenté par M. *Potherat* ne mériterait pas de dénomination spéciale d'après M. *Routier*.

Dans un cas d'*hémorragie cæcale*, six jours après une opération d'appendicite à froid (M. Walch), M. *Berger* a invoqué une hémorragie secondaire consécutive à la chute du fil, plutôt qu'une intoxication ou une ulcération de l'intestin.

M. *Poirier* nous a fait une communication importante sur le traitement de l'appendicite. Resté fidèle à sa première formules: « Sous toutes ses formes, et à tous les degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée le plus rapidement possible », cette pratique lui a donné à l'hôpital, en 1899, 17 succès sur 19, et, en 1900, 19 succès sur 19!

Chirurgie de la rate. — Avant que la question de la *splénectomie* dans les ruptures de la rate eût été longuement étudiée à notre dernier Congrès de chirurgie, M. *Hartmann* a eu le mérite, en mars dernier, de vous faire un rapport très documenté sur ce sujet, à propos d'une observation de M. *Auvray*.

La *nécessité de l'intervention*, la *splénectomie* y sont abordées et réglées avant la lettre pour ainsi dire.

MM. *Lejars*, *Terrier*, *Moty* vous ont cité des cas de *rupture splénique*.

Deux observations de MM. *Véron* et *Mauclaire* ont permis à M. *Guinard* d'insister à nouveau avec MM. *Hartmann*, *Jalaguier*. *Routier*, sur la valeur clinique et opératoire *du ventre en bois* (contracture abdominale).

M. *Demoulin* a insisté sur l'apparition tardive des signes de l'hémorragie interne dans les ruptures de la rate et il en cherche et trouve l'explication anatomo-pathologique.

Cette modalité clinique fut surtout très évidente dans le cas de M. *Coville* (d'Orléans) rapporté par M. *Richelot*. C'est au quinzième jour que le chirurgien intervint encore utilement.

Le tamponnement a pu arrêter une hémorragie de rate rupturée, par coup de pied de cheval, dans un cas de M. *Loyson*.

L'indication de la splénectomie pour *rate palustre* se présente rarement dans notre pays. M. *Potherat* a enlevé avec succès une rate hypertrophiée et ectopiée.

Chirurgie du foie. — M. *Schwartz* a rencontré cinq kystes hydatiques dans un foie; il en a énucléé trois et traité les deux autres par le procédé de *Bobroff*, ce qui a permis à M. *Delbet* de bien vous faire connaître l'historique de son procédé : il a eu raison de vous dire que c'est chez nous que s'est développée la méthode de la réduction sans drainage, et j'ajoute au nom de vous tous qu'elle mérite bien le nom de *méthode de Delbet* sous lequel elle est universellement acceptée.

MM. *Poirier*, *Lejars*, *Schwartz*, qui ont employé cette méthode, se louent de sa sûreté et de la rapide guérison.

Les cas de kystes hydatiques multiples du foie ne le contre-indiquent pas, puisque M. *Monod*, après une résection du rebord

costal, traita tous les kystes en une seule séance par la même méthode.

Pour M. *Quénu* les kystes anciens à parois épaissies, rigides, relèvent plutôt de la marsupialisation.

Pour assurer l'hémostase du foie et sa fixation sans que son tissu se déchire, M. *Delbet* a eu recours chez des animaux à un procédé particulier. Il passe ses fils dans des tubes osseux (os longs de petits animaux). La striction s'exerce ainsi par l'intermédiaire de l'os sur une grande surface.

L'observation de M. *Braquehaye* (de Tunis) *de tuberculose du foie* guérie par la *laparotomie*, manque, d'après son auteur lui-même, de certitude scientifique, puisqu'il n'y a eu ni inoculation ni culture.

Vésicule biliaire et cholédoque. — MM. *Michaux* et *Potherat* ont enlevé des vésicules biliaires remplies de calculs (200 dans ce cas de M. *Michaux*).

M. *Chavannaz* a rencontré un épithélioma cylindrique de la vésicule, et la cholécystite tuberculeuse observée par M. *Braquehaye* a pour elle un examen histologique probant.

MM. *Schwartz*, *Routier* et *Guinard* ont enlevé des calculs du cholédoque. Le calcul était difficilement accessible dans le cas de *Schwartz*, qui dut soutenir le cholédoque avec le doigt pour l'amener à la portée du bistouri. M. *Routier* suivit le chemin muqueux à partir de la vésicule ouverte, pour saisir le calcul.

Tous les trois ont fait la cholédocotomie sans suture avec drainage et mickulicz.

Rein. — Les collections sanguines rénales commandent quelquefois l'intervention. C'est ainsi que M. *Routier* a dû faire la *néphrectomie immédiate* dans un cas de rupture traumatique du rein, et M. *Legueu* une néphrectomie transpéritonéale pour une ancienne hématonéphrose.

Tarir une fistule rénale par la néphrectomie, et guérir en même temps la malade d'une psychose post-opératoire, est une heureuse chance qu'a eue M. *Picqué* dans son service des aliénés.

Deux énormes tumeurs rénales ont été enlevées avec succès par M. *Schwartz* (sarcome fuso-cellulaire), l'autre par M. *Monod*, et montrées à la Société de chirurgie.

Enfin, sur une pièce d'hydronéphrose ouverte, M. *Legueu* nous a fait constater la greffe d'une tuberculose rénale.

La néphrectomie a été appliquée par MM. *Albarran*, *Bazy*, *Monod*, *Tuffier* au traitement des kystes hydatiques du rein. MM. *Bazy* et *Monod* purent conserver une partie du rein, ce qui

amène M. *Tuffier* à faire une distinction entre les kystes hydatiques intra-rénaux, qui commandent la néphrectomie, et les kystes hydatiques para-rénaux; dans un cas de ce genre, il a employé la méthode de *Delbet* et conservé le rein.

M. *Pousson*, reculant les limites de la chirurgie rénale, est intervenu dans les *néphrites aiguës et chroniques*.

A ses quatre observations personnelles d'intervention dans les néphrites aiguës, infectieuses, il a pu joiudre onze autres faits, soit quinze opérations qui donnent onze guérisons contre quatre morts. La néphrotomie est supérieure à la néphrectomie.

Dans les néphrites chroniques il est intervenu trois fois, dont deux fois pour des accidents urémiques qui ont été momentanément conjurés par la néphrotomie.

En face de pyélo-néphrites aiguës M. *Legueu* a pratiqué trois fois la néphrotomie, sans grands succès.

Pour M. *Albarran*, il ne faut pas se hâter d'opérer, et il préfère la néphrectomie à la néphrotomie. Il reste sceptique lorsqu'on parle de succès dans les néphrites chroniques (mal de Bright).

Uretère. — Quand un uretère est divisé, au cours d'une opération, on peut comme MM. *Monod* et *Rochard* faire l'*urétérorraphie*, ou bien avoir recours au procédé de M. *Guinard* qui, au cours d'une hystérectomie vaginale, ayant sectionné l'uretère très près de la vessie, fit une boutonnière au côlon descendant près de l S iliaque, et enserra le bout rénal de l'uretère dans cet orifice.

Du cathétérisme de l'uretère. — Vous avez suivi avec un intérêt soutenu la joute oratoire et expérimentale entre MM. *Bazy* et *Albarran* à propos de la valeur du cathétérisme de l uretère dans le diagnostic des affections rénales.

M. *Albarran* a pu, grâce au cathétérisme de l'uretère, apprécier l'état *des reins*, diagnostiquer d'une façon précise une *tuberculose rénale* que les moyens connus d'exploration n'avaient pas permis de *soupçonner* et *d'opérer*.

M. *Bazy* trouve ce moyen d'exploration *douloureux*, *dangereux*, *insuffisant*. C'est un *trompe-l'œil*.

Le réflexe *urétéro-vésical*, le réflexe *pyélo-vésical*, l'examen de la *perméabilité rénale* par le bleu de *méthylène* et la *phloridzine* donnent des renseignements plus précis sur l'état du rein que le *cathétérisme de l'uretère* dont il annonce la faillite.

Malformations congénitales de l'ombilic. — M. *François Hue* (de Rouen) vous a communiqué un cas fort intéressant de

hernie ombilicale embryonnaire contenant la presque totalité du foie (hépatomphale).

M. *Picqué* vous a signalé une fistule de l'ouraque observée et guérie par M. *Léon Imbert*, par la résection de la fistule.

Un cas de persistance du diverticule de Mœckel, ouvert à l'ombilic avec prolapsus de la muqueuse, a été traité par la laparotomie par M. *Kirmisson.*

Vous vous rappelez que notre collègue a étudié avec grand soin la structure de ce diverticule au point de vue de ses glandes, et il se demande si les différences d'épithélium qui ont tant préoccupé *Tillmans*, *Roser*, ne sont pas simplement d'ordre irritatif.

Hernies. — Sur 317 hernies opérées par M. *Dubujadoux*, notre confrère de l'armée a trouvé deux fois seulement l'intestin grêle, l'appendice, le cæcum et une partie du côlon ascendant. M. *Chauvel* a insisté sur la nécessité de décoller le sac pour faire rentrer le cæcum et le côlon.

Pour M. *Monod* il suffit de faire une incision suffisamment grande; c'est aussi l'avis de M. *Lucas-Championnière.* La présence de l'appendice a permis à M. *Lucas-Championnière* de diagnostiquer l'existence du cæcum.

Pour M. *Berger* une grosse hernie gauche, difficilement réductible et difficile à maintenir réduite, permet de soupçonner l'S iliaque.

La réfection de la paroi est un écueil opératoire, et, en pareil cas, M. *Berger* ferait une *colopexie.*

M. *Tuffier* insiste sur la nécessité de disséquer l'adhérence, en gardant une collerette péritonéale qui permet de pratiquer la *péritonisation* des surfaces cruentées.

M. *Schwartz*, dans un cas de grosse hernie de l'S iliaque, ne put détacher les adhérences scrotales et dut réséquer 30 centimètres du gros intestin (S iliaque et côlon).

Pour permettre une cure radicale efficace, M. *Schwartz* se loue de la myoplastie qui renforce largement la paroi sans être obligé de recourir à une colopexie.

M. *Guinard* a vu dans une myoplastie la gangrène du lambeau musculaire, ce que M. *Schwartz* attribue à une mauvaise technique.

M. *Schwartz* a rappelé l'attention sur le pincement crural de l'intestin grêle, et MM. *Quénu*, *Rochard*, *Lejars*, *Broca*, *P. Delbet*, *Guinard* ont cité des faits semblables.

Les hernies *vésicales de la ligne blanche* se feraient par *l'orifice* du ligament sus-pubien, d'après M. *Tédenat* (de Montpellier); le petit peloton graisseux qui s'y trouve jouerait le rôle de lipome herniaire.

Calculs vésicaux. — M. *Phocas* a diagnostiqué deux calculs de la vessie chez des enfants, par la radiographie.

M. *Loyson* a appliqué avec succès ce même moyen de diagnostic aux adultes.

Pour ce diagnostic M. *Albarran* se contente du toucher rectal combiné à la palpation abdominale.

M. *Fontoynont*, par la bouche de M. *Potherat*, vous a communiqué 18 observations de calculs chez l'enfant, dont 13 cas chez des enfants de moins de dix ans, 12 garçons et une fille! — Le toucher rectal lui a suffi pour ce diagnostic.

M. *Guinard* vous a présenté un calcul de 17 grammes, enlevé chez un enfant de 28 mois par la taille hypogastrique.

Hypertrophie de la prostate. — La question de la prostatectomie est pleine d'actualité, et cette question intéressante a été soulevée dans cette enceinte par M. *Roux* (de Brignoles), et par M. *Tuffier* à l'occasion de trois observations envoyées par M. *Adenot* (de Lyon).

Avec une expérience basée sur 18 opérations M. *Albarran* a abordé ce sujet. — Il a abandonné la taille sus-pubienne, qui est grave, pour la *prostatectomie périnéale* qui donne des résultats sûrs (aucun décès) et brillants au point de vue thérapeutique; il fait le morcellement sous-capsulaire.

MM. *Bazy* et *Routier* ne partagent pas cet enthousiasme; après l'échec de la castration, de la résection du canal déférent, de la prostatectomie sus-pubienne, qui étaient pourtant pleines de promesses, il leur semble sage d'attendre.

M. *Albarran* ne conteste pas que ses opérations ne soient récentes. Mais, après la prostatectomie périnéale, les malades pissent facilement et vident leur vessie.

Urètre. — Les ruptures traumatiques de l'urètre traitées par la suture ont donné des succès à MM. *Walther*, *Legueu*, *Routier*, *Peyrot*.

Les injections d'eau de chaux dans le canal de l'urètre ont pu devenir l'origine d'un calcul urétral. *Dupraz* (de Genève) et *Bazy* vous ont parlé d'un calcul vésical consécutif aux injections répétées intra-vésicales de sous-nitrate de bismuth.

Ectopie testiculaire. — Faut-il, avec M. *Félizet*, considérer le testicule ectopié comme un organe mort, mal venu, inutile, ou malfaisant, et en faire volontiers le sacrifice, lorsqu'on ne peut le ranger?

Ce n'est pas l'avis de beaucoup d'entre vous qui s'ingénien

à remettre ce testicule en place, et surtout à le maintenir dans sa nouvelle position.

M. *Kirmisson* fait autour du cordon une suture solide qui le transforme en un canal rigide, maintenant le testicule aussi écarté que possible de l'orifice externe du canal inguinal.

M. *Souligoux* n'agit pas autrement en faisant une fixation latérale des éléments du cordon, et, chez le malade que M. *Peyrot* nous a présenté, le résultat était excellent.

Pour MM. *Routier*, *Monod*, *Reynier*, l'important est de libérer les parties fibreuses (par transparence, Monod), afin que le testicule abandonné à lui-même n'ait aucune tendance à remonter dans l'anneau.

M. *Walther*, surtout préoccupé de fixer le testicule dans l'orchidopexie, le fait passer dans une boutonnière faite à la cloison des bourses et rétrécie ensuite par un point de catgut.

Parmi les causes rares du phlegmon gangreneux du scrotum, M. *Morestin* nous a signalé l'appendicite herniaire.

Fistules vésico-vaginales. — En vous rapportant une observation de fistule vésico-vaginale du Dr *Spartali* (de Smyrne), M. *Bazy* a appelé l'attention sur l'efficacité du *procédé par dédoublement* même dans les destructions de la paroi vésicale.

M. *Berger* ne le croit pas applicable à tous les cas, et, au catgut utilisé par *Bazy*, il préfère le crin de Florence ou le fil d'argent.

M. *Delbet*, dans un cas de fistule remontant jusqu'au détroit supérieur du bassin et adhérente à l'os, a dû recourir à la taille hypogastrique : contre l'incontinence d'urine; il conseille le procédé de *Gersuny*.

Il ne faut pas trop se préoccuper de l'incontinence d'urine après l'opération de la fistule vésico-vaginale, nous dit M. *Bouilly*, car le sphincter reprend ses fonctions.

M. *Ricard*, qui a une grande pratique du procédé du dédoublement, et M. *Quénu*, le considèrent comme applicable à tous les cas.

Chirurgie de l'utérus et des annexes. — M. *Fontoynont* (de Tananarive) vous a envoyé une observation de grossesse ectopique gémellaire sur laquelle M. *Potherat* a fait un consciencieux rapport. MM. *Follet*, *Tuffier*, *Segond*, *Peyrot* ont opéré des cas de grossesse ectopique gémellaire.

La cause de ces grossesses ectopiques a été recherchée par M. *Larger* (de Maisons-Laffitte). Pour lui, la cause première, la cause des causes, est la dégénérescence héréditaire ou acquise.

Parmi les fibromes rares comme siège, je rappelle celui observé

par M. *Michaux*, et développé aux dépens de la portion abdominale du ligament rond, tordu sur lui-même, et celui de M. *Monod* qui siégeait dans le ligament large.

Un fibrome œdémateux a simulé pour M. *Picqué* une môle hydatiforme.

La radiographie a été appliquée par M. *Picqué* au diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire; il a pu voir les limites du kyste et la forme de la pièce osseuse.

Un kyste dermoïde *tordu*, et ayant entraîné dans sa rotation la trompe et une grande partie du ligament large, a simulé classiquement une hématocèle rétro-utérine, nous dit M. *Potherat*; dans la paroi d'un second kyste dermoïde, notre collègue a rencontré du lipome pur, au milieu d'un tissu celluleux analogue au tissu cellulaire sous-cutané.

Des kystes dermoïdes peuvent exister sur les deux ovaires, sans que la fécondation soit compromise; tels sont les cas observés par *Walther*, dont l'opérée avait eu six grossesses, par MM. *Routier*, *Ricard*, *Potherat*, *Segond*.

M. *Schwartz* nous a fourni l'explication de la possibilité de la grossesse en pareil cas, car, dans un kyste dermoïde bilatéral, il a trouvé *une portion manifestement saine de l'ovaire* qui recouvrait le kyste.

Dans les *fibromes utérins avec tumeurs polykystiques* de l'ovaire, il faut enlever les uns et les autres; c'est la conduite suivie par M. *Potherat* dans un cas; et après M. *Monod* et M. *Bouilly* il conseille cette double intervention.

L'épithélioma de l'intestin grêle peut récidiver au bout de quelques années sur l'ovaire; c'est l'opinion soutenue par M. *Le Dentu* au nom de l'histologie qui a révélé des affinités morphologiques entre les deux tumeurs opérées à trois ans de distance. M. *Quénu* demande à faire quelques réserves.

M. *Quénu*, qui a écrit un mémoire sur les tumeurs épithéliales des trompes, vous a présenté des pièces se rapportant à ces cas; il vous a donné une formule clinique qui permet d'en faire le diagnostic : « Aux approches de la ménopause, ou après elle, l'existence d'une tumeur annexielle, jointe à un écoulement séreux, non purement sanglant, la démonstration préalable et continue du siège non utérin de cet écoulement, voilà le syndrome susceptible de *caractériser* l'épithélioma tubaire. »

Il est intéressant de rappeler que dans un cas d'épithélioma utérin observé par M. *Monod*, la lésion était absolument limitée à la muqueuse.

De l'hystérectomie dans le traitement de la septicémie puer-

pérale. — Sur la demande de M. *Rochard* vous avez longuement discuté la valeur de l'*hystérectomie vaginale* dans le traitement de la *septicémie puerpérale.*

Par une hystérectomie supra-vaginale, M. *Picqué* sauva une femme en pleine septicémie puerpérale : la paroi utérine et le ligament large étaient *criblés d'abcès.*

Les cinq opérées de M. *Rochard* sont mortes, mais notre collègue garde la conviction qu'il y a beaucoup à tenter dans cette voie ; il loue la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale.

M. *Bazy* ne fut pas plus heureux dans deux opérations : il vous a relaté les difficultés de l'hystérectomie vaginale, opinion partagée par M. *Segond* qui, dans le premier mois qui suit l'accouchement, croit plus sage de procéder par la voie haute.

Les méthodes habituelles de traitement donnent des résultats déplorables, dit M. *Terrier*, et, en pareil cas, l'indication de l'hystérectomie ne doit même plus être discutée. M. *Gosset* a pu guérir ainsi une jeune fille profondément infectée, parce qu'il a opéré quelques heures après son entrée à l'hôpital. La voie haute, en pareil cas, est la seule acceptable.

M. *Tuffier* est revenu sur cette question qu'il avait abordée en 1899. L'hystérectomie est justifiée puisque que le parenchyme utérin infecté est la cause et la seule cause des accidents toxi-infectieux qui menacent les accouchées. Ce qui importe, ce n'est pas tant la voie suivie, haute ou basse, que la gravité de l'infection, et le moment où on intervient. C'est faire son devoir que d'opérer.

M. *L. Faure* est intervenu sept fois dans des cas graves d'infection puerpérale, il a eu six revers et un succès. Contrairement à ses collègues, il est partisan de l'hystérectomie vaginale.

M. *Poirier* a sauvé une malade, mais il s'agissait d'une déchirure utérine.

M. *Ricard* fait remarquer que c'est dans les *infections puerpérales* sans *accidents locaux*, que l'hystérectomie trouve son indication. Or, en consultant les statistiques dignes de foi, des maternités de Paris, M. *Ricard* arrive à cette conclusion que la mortalité véritable des infections puerpérales est de 10 p. 100.

M. *Quénu* n'est pas hostile à l'hystérectomie, mais il veut qu'on en précise les indications ; c'est aussi la pensée de M. *Chaput*, qui recule devant la gravité de l'hystérectomie abdominale : il ne la pratiquerait qu'après l'échec des moyens habituellement usités.

M. *Segond*, qui, depuis dix ans, pratique à Baudelocque chez M. *Pinard*, n'a pas rencontré une seule fois l'indication de traiter une septicémie puerpérale par l'hystérectomie : il parle des septicémies *post-partum* sans localisation péritonéale ou annexielle

M. *Reynier* fait jouer un grand rôle à l'agent microbien dans la pathogénie de ces septicémies, et il établit un tableau clinique de *l'infection à saprophytes*, de *l'infection gonococcique*, de *l'infection à streptoccoques.*

Il doute que dans ces formes l'hystérectomie abdominale ou vaginale puisse guérir *ces infections générales.*

MM. *Rochard* et *Picqué* répliquent qu'on a toujours trouvé sur l'utérus les lésions justifiant l'intervention. *Infiltration purulente ou gangrène de la paroi utérine*, telles sont les deux formes de l'infection puerpérale justiciables de l'action chirurgicale.

M. *Pierre Delbet* vous a communiqué un véritable mémoire sur les *rétrécissements du vagin*, à propos d'une observation de M. *Dupraz* (de Genève), qui, chez une femme enceinte, et dans l'impossibilité d'accoucher à cause de la coarctation vaginale, fit l'opération césarienne, et sauva la mère et l'enfant.

Il pense qu'il faut opérer dans les derniers mois de la grossesse, qu'il faut enlever l'utérus avec pédicule externe, si le travail est commencé, par la supra-vaginale, si l'on opère avant le travail.

Chirurgie du membre supérieur. — M. *Picqué* a posé la question suivante, à la Société de chirurgie : Que doit-on préférer dans les fractures diaphysaires de l'humérus par coup de feu, de l'esquillotomie ou de la résection typique?

Pour M. *Nélaton*, il faut se garder des résections typiques, des sutures osseuses. M. *Lejars* pense aussi que ces larges résections diaphysaires ne conviennent qu'à des indications restreintes.

Pour M. *Nimier*, la résection diaphysaire ne trouve pas sa place dans la chirurgie d'armée, il est partisan de la non-intervention opératoire primitive, et d'un minimum de manœuvres de désinfection dans le cas de lésion diaphysaire.

Pour MM. *Delorme*, *Chauvel*, cette résection primitive appliquée aux balles doit être abandonnée, il faut la remplacer par l'ablation des esquilles du canal de sortie, et M. *Delorme* présente à l'appui de cette pratique un blessé remarquablement guéri.

M. *Loyson* a fait ressortir, d'après les travaux de la guerre hispano-américaine, les services que pouvait rendre la radiographie, en démontrant que le degré d'attrition de l'os ne jouait qu'un rôle insignifiant, en comparaison de l'état septique ou aseptique de la blessure.

M. *Demoulin* vous a montré un beau résultat fonctionnel obtenu par la résection dans une carie sèche de l'épaule, ainsi que l'ont fait remarquer MM. *Schwartz* et *Kirmisson.*

M. *Lucas-Championnière* vous a présenté un blessé auquel il a

pratiqué la résection de l'épaule pour fracture vicieusement consolidée de l'extrémité supérieure de l'humérus.

M. *Berger* croit que les massages, les mouvements, les douches, l'électricité sont supérieurs à la résection dans ces cas-là.

M. *Walther* a fait trois fois la résection d'un fragment pour remettre l'humérus en place, et a obtenu un résultat parfait.

M. *Tuffier* a proposé de conserver la portion cartilagineuse de la tête humérale pour en coiffer l'os (résection chondroplastique).

M. *Poirier* préconise la *résection simple*, car il faut obtenir, avant tout, la mobilité.

Pour un *ostéosarcome énorme* de l'épaule, développé en quarante-cinq jours, M. *Chaput* a pratiqué avec succès l'amputation interscapulo-thoracique.

M. *Brun* vous a demandé votre avis sur un enfant de huit ans atteint de fracture du coude, avec paralysie des trois nerfs de l'avant-bras. MM. *Félizet*, *Broca*, *Quénu*, *Kirmisson* ont été d'avis d'intervenir.

Un opéré de M. *Potherat* avait-il un arrachement de l'apophyse coronoïde du cubitus? Les fragments montrés par notre collègue, la radiographie, ont fait penser à MM. *Rochard*, *Reynier*, *Delorme*, *Picqué*, *Walther*, *Legueu*, qu'il s'agissait plutôt d'un ostéome du brachial antérieur.

Rendant compte de deux observations, l'une de M. *Cahier*, l'autre M. *Morestin*, M. *Lejars* vous a fait un excellent rapport sur les résultats de la *snture nerveuse*, les conditions qu'elle devait réunir pour réussir. Une discussion des plus instructives et des mieux documentées s'en est suivie.

M. *Sieur* a dégagé un nerf radial emprisonné dans un tissu cicatriciel, et, un an après, le blessé récupérait complètement ses fonctions.

M. *Reynier* vous a présenté un blessé qui eut les nerfs médian et cubital sectionnés par un tesson de bouteille, et qui guérit *un an* après la suture.

Notre collègue a vivement surpris et intéressé l'auditoire, en citant deux cas de plaies nerveuses (sciatique et sciatique poplité externe) dans lesquels la suture, faite immédiatement après l'accident, aurait permis le rétablissement immédiat de la sensibilité et de la motricité.

M. *Quénu* a recherché le temps nécessaire à ces régénérations nerveuses, et il l'a trouvé de quatre à six mois. Mais, avec M. *Poirier*, il conteste le fait de M. *Reynier*, de rétablissement immédiat de la motricité et de la sensibilité après la suture nerveuse.

M. *Routier* a observé aussi cette période *latente* de la régénération du nerf.

M. *Pierre Delbet* ne nie pas que quelquefois, après la suture nerveuse, il y a un petit retour momentané de sensibilité, « le nerf escompte sa régénération ». Mais ce sont des faits exceptionnels, paradoxaux.

M. *Walther* a été témoin d'un cas d'élongation du nerf radial et médian, qui s'est réparé spontanément en passant par les phases successives de la régénération des nerfs.

M. *Ricard* n'a jamais vu le rétablissement immédiat de la motilité, dans les cas où chez les chiens il a fait des sections et des sutures nerveuses.

M. *Potherat* pense que ce retour de la sensibilité sera d'autant moins long que moins de temps se sera écoulé entre la section du nerf et le rétablissement de la continuité par une suture nerveuse, et l'observation de M. *Vlaccos,* qui, dans un cas de suture du nerf médian droit faite 4 minutes après sa section, a vu le retour de la motricité et de la sensibilité *deux mois* après l'opération, semble venir à l'appui de ces conclusions.

Le kyste de la paume de la main observé par M. *Potherat* était-il un kyste *sébacé*, ou un kyste *épidermoïde* comme le croit M. *Delbet*? C'est l'histologie qui décidera.

Par la bouche de M. *Nélaton*, M. *Bouglié* nous a communiqué un joli cas de greffe autochtone des tendons extenseurs de la main.

Membre inférieur. — M. *Lejars* a fait une communication originale sur les ostéomes précoxaux (ostéomes du psoas, ostéomes traumatiques péri-articulaires).

Ces tumeurs exceptionnelles doivent être enlevées, car elles sont douloureuses, s'accroissent d'une façon continue, et occasionnent l'impotence. Le morcellement est le procédé à employer.

MM. *Demons* et *Begouin* vous ont posé la question suivante :

Faut-il faire l'amputation précoce et haute dans la gangrène spontanée des membres, chez les diabétiques?

Pour nos collègues de Bordeaux chez le diabétique, plus que chez tous autres, la gangrène spontanée et profonde des membres réclame l'amputation immédiate.

C'est aussi l'opinion de M. *Schwartz.*

M. *Guinard* est intervenu dans des cas semblables, et pour remédier à l'obstruction athéromateuse des vaisseaux, et rendre *saignant* un moignon qui ne saigne pas, il réédite le cathétérisme des artères.

M. *Reynier* est partisan de l'intervention, mais il réclame une distinction entre la *gangrène diabétique athéromateuse* et la gangrène *trophique* par *lymphangite gangreneuse* (dans laquelle les réflexes

sont supprimés) et qui est plus grave. M. *Lejars* différencie aussi ces deux variétés dont le pronostic n'est pas le même.

Pour M. *Reclus*, il faut intervenir dès que la gangrène ne peut se limiter.

M. *Delorme*, dans un cas de rupture du 3e adducteur, a obtenu par son procédé une guérison parfaite. Par une pratique opératoire différente M. *Mignon* a aussi enregistré un succès.

M. *Potherat* a étudié la TUBERCULOSE DE LA SYNOVIALE DU GENOU, et il a cherché à démontrer que les synovites *végétantes*, *arborescentes*, les *plaques fibreuses*, les *fibromes sessiles* et même le *lipome intra-articulaire*, ne seraient que des variétés de la tuberculose du genou.

M. *Bazy* a objecté que le lipome arborescent des articulations n'était pas toujours tuberculeux, puisque dans un cas il était constitué par un *myxome*.

MM. *Ricard* et *Quénu* ont observé une *phlébite de la veine poplitée* qu'ils ont traitée par la résection.

L'*extirpation de la rotule* dans un cas d'ostéomyélite chronique n'a pas empêché un opéré de M. *Berger* de conserver l'extension complète et active du genou.

Le traitement DES FRACTURES DE LA ROTULE a le don de vous intéresser.

M. *Chaput* a guéri une de ces fractures par la simple suture des ailerons, et il a insisté sur la simplicité de ce procédé, qui se pratique sous l'anesthésie locale, par deux petites incisions latérales, avec un bistouri, deux pinces et une aiguille quelconque.

C'est aussi la pratique de M. *Peyrot*, de M. *Picqué*, de M. *Reynier*, à qui elle offre l'avantage d'être simple et de ne pas laisser de corps étranger. M. *Walther* l'a pratiquée quelquefois, M. *Reclus* y a renoncé.

Le *catgut*, le *fil de soie*, le *crin* de Florence, ont été utilisés.

M. *Ricard* trouve que la gravité de l'opération est la même, mais que la solidité de la coaptation est supérieure avec la *suture* ou le *cerclage*.

C'est aussi l'avis de M. *Demoulin*, qui, suivant les cas, fait le *cerclage* ou la *suture* avec *un gros fil d'argent*; on a ainsi un *cal temporaire* qui permet, dès le 19e jour (*Reclus*) et même dès le 10e jour (*Lucas-Championnière*) de laisser marcher les opérés avec des *béquilles*.

M. *Rochard* se sert de gros fils d'argent, qui ne cassent pas et constituent une prothèse utile.

M. *Quénu* est partisan du cerclage ou de la suture. Dans les fractures déjà anciennes, c'est le seul moyen de coapter les fragments qu'éloigne la rétraction musculaire.

Dans les fractures obliques de jambe avec difficulté de réduction, M. *Quénu* a conseillé l'immobilisation des membres dans l'abduction de la cuisse avec flexion de la jambe à angle droit, attitude qui relâche tous les muscles.

Pour avoir une conviction, M. *Delorme* désire voir plusieurs blessés ainsi traités.

M. *Félizet* vous a alors indiqué un procédé très ingénieux pour la réduction de ces fractures.

M. *Poirier* trouve le résultat obtenu par M. *Quénu*, *bon*, *suffisant*, mais *non idéal*. La méthode sanglante lui a donné des résultats parfaits.

M. *Tuffier* aurait veulu pouvoir comparer deux radiographies, l'une avant, l'autre après.

M. *Quénu* n'a pu, avec l'organisation actuelle de nos services, avoir cette radiographie. C'est alors que, sur la proposition de MM. *Bazy*, *Berger*, *Tuffier* et *Quénu*, nous avons adopté à l'unanimité le vœu suivant, qui a été transmis à M. le Directeur de l'Assistance publique :

« La Société de chirurgie exprime le regret que, tant dans l'intérêt des malades qu'au point de vue scientifique, il n'y ait pas dans chaque hôpital d'installation radiographique. »

La radiographie a permis à M. *Loyson* de diagnostiquer une *fracture en bois vert du tibia*, et à M. *Monod* de soupçonner un ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure du tibia. Mais vous avez été d'avis qu'il était sage de faire une incision exploratrice avant de se résoudre à l'amputation, et MM. *Poirier*, *Walther*, *Brun*, *Potherat*, *Reynier* nous ont cité des cas où cette incision préopératoire avait permis de conserver le membre.

M. *Schwartz* vous a présenté un jeune homme auquel il a extirpé, avec l'aide de *Pierre Delbet*, un anévrisme artério-veineux de la tibiale antérieure, à sa sortie du ligament interosseux.

Le résultat a été parfait.

Un opéré auquel M. *Savariaud* a réséqué 10 centimètres de tibia et de péroné, vous a été présenté par M. *Nélaton*, qui a appelé votre attention sur l'excellence de la conservation dans ce cas particulier.

Le résultat était excellent aussi, vous a dit M. *Chauvel*, chez les quatre opérés de *sous-astragalienne* de M. *Dubujadoux*.

Un blessé auquel M. *Brossard*, du Caire, a réséqué l'astragale, avait un point d'appui parfait deux ans et demi après l'opération; et avec M. *Walther*, MM. *Quénu* et *Berger* ont fait remarquer qu'il en était toujours ainsi, — mais que l'extirpation n'était pas constamment nécessaire.

Dans un cas de *talus paralytique*, M. *Le Dentu* fit la résection du

tendon d'Achille, et anastomosa le tendon du jambier antérieur avec celui de l'extenseur propre du gros orteil. Il obtint ainsi une grande amélioration dans la statique du pied, et un retour évident de l'énergie fonctionnelle du membre.

MM. *Berger* et *Kirmisson* ont discuté ensuite la valeur du transport et de la répartition des fonctions musculaires, et M. *Kirmisson* a réclamé des observations nouvelles pour être fixé sur la valeur de la transplantation tendineuse.

D'énormes bourses séreuses polykystiques, développées sur un hallus valgus, ont été opérées par MM. *Chaput* et *Poirier*.

Enfin. M. *Loyson* vous a lu une note sur le traitement de l'hallus valgus, d'après l'étude radiographique de la déformation, et en a déduit un traitement rationnel qui est suivi par M. *Schwartz* et la plupart d'entre vous.

Chers collègues, je ne quitte pas ces fonctions de secrétaire annuel, dans lesquelles je suis d'ailleurs si sympathiquement remplacé, sans quelque mélancolie. A vous écouter, à vous relire, à vivre de longues heures dans votre intimité, j'ai trouvé mon profit. Je voudrais vous laisser le souvenir d'un secrétaire impartial, dont l'unique souci a été de faire revivre vos travaux et valoir vos mérites, qui sont et resteront l'honneur de la Société de chirurgie de Paris.

STÉPHANE TARNIER

(1828-1897)

par M. PAUL SEGOND

Secrétaire général de la Société de chirurgie.

MESSIEURS,

La mort du Maître dont je viens aujourd'hui saluer avec vous la mémoire, remonte à cinq ans à peine, et cependant, la marche des événements a pris, de nos jours, une telle allure, que déjà le souvenir du grand disparu n'a probablement plus, pour tous, la précision désirable. Sans doute, le professeur Tarnier a, pour jamais, sa place marquée dans le livre d'or de l'obstétrique française; mais j'imagine que le temps est proche où beaucoup ne

sauront plus du tout que l'accoucheur Tarnier fut aussi chirurgien. Peut-être même, dans les générations très nouvelles, s'étonnera-t-on de voir l'éloge d'un professeur de clinique obstétricale prononcé par un membre de la Société de chirurgie. Et il faut bien le reconnaître, cet étonnement ne saurait beaucoup surprendre.

Pour les jeunes, la grosse réforme qui nous a séparés les uns des autres n'a plus d'histoire, et ses causes précises ne sont plus guère présentes qu'à l'esprit des vieux ou tout au moins des très mûrs. On ignore en particulier que, dans sa forme première, la scission qui s'élaborait, nous disait-on, uniquement et seulement dans l'intérêt des malades et de la science, devait avoir toutes les intransigeances d'une loi tutélaire et rigoureuse, basée sur les résultats merveilleux que donne toujours la division du travail dans les perfectionnements humains. Désormais, les chirurgiens devaient opérer et les accoucheurs se limiter étroitement à leur art. Quant à supposer que cette gémellité pourrait aboutir à une trinité par la naissance prochaine d'un nouveau-né dont la viabilité, déjà grande, promettait cependant le plus bel avenir (je veux parler non plus du chirurgien accoucheur, mais bien de l'accoucheur chirurgien), il n'y fallait pas songer une seconde.

Lorsque, par surcroît, nous poussions l'audace jusqu'à faire observer qu'on allait peut-être porter atteinte au principe des concours hospitaliers, lorsque au milieu, ou mieux à côté, des arguments de haute valeur que les hommes comme Tarnier mettaient en avant, nous avions l'outrecuidance de trouver, aussi, quelques-uns des prétextes avec lesquels certains esprits dissimulent si volontiers leur congénital besoin de diminuer, partout, la qualité par la quantité, les journalistes avancés de l'époque, les spécialistes de toutes branches, voire même les botanistes de très ministériel avenir, haussaient bien haut les épaules (1). Certes, les temps ont bien changé ! Et si nous nous obstinons à croire qu'un accoucheur ne perdrait rien de ses aptitudes opératoires à faire d'abord le métier de la chirurgie ; si, tout en nous inclinant devant les exceptions que toute règle assurément comporte, nous restons cependant convaincus que, sans les garanties d'un apprentissage préalable, le bistouri ne convient pas plus, en général, à la main d'un accoucheur, que le forceps à celle d'un chirurgien, nous aurions mauvaise grâce à trop insister.

(1) Pour se documenter sur ces anciennes discussions, voir les articles de J. Lucas-Championnière in *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 3e série, t. LII, p. 97, 290 et 291. Paris, 1881.

En tous cas, et si parfait que puisse être l'état actuel des choses, ce rapide retour en arrière montre, à qui pourrait aujourd'hui s'en étonner, qu'il fut bien un temps où les accoucheurs se recrutaient parmi nous. Les noms que vous avez tous sur les lèvres semblent même indiquer que le terrain de l'ancienne pépinière obstétricale n'avait rien de particulièrement ingrat. La liste, hélas ! en est cependant close et c'est le nom de notre ancien président Guéniot qui la termine. Estimons-nous donc encore comme très favorisés et, remerciant le sort de nous avoir ménagé si consolatrice transition, profitons, au moins, de la présence de notre collègue parmi nous, pour lui dire combien sincèrement nous lui souhaitons de conserver, jusqu'au plus lointain avenir, le privilège, précieux entre tous, de ne pas tenter la plume de vos secrétaires généraux futurs.

Tarnier était, lui, l'avant-dernier de cette liste fameuse. Membre titulaire de notre Société dès 1865, secrétaire annuel en 1871, président en 1879 (l'année même, le rapprochement a son intérêt, où le mémoire de Perrin « Sur la valeur comparative du pansement de Lister et du pansement alcoolique » devait provoquer votre première discussion sur la chirurgie listérienne), il n'a demandé l'honoriat que le 19 décembre 1889, après dix-huit années de présence active à nos séances. C'est plus qu'il n'en faut, n'est-il pas vrai, pour donner à votre secrétaire général tous les droits de consacrer à ce maître la notice historique dont vous voulez bien, chaque année, lui confier la rédaction. Par malheur, un droit ne confère pas nécessairement l'idonéité, et je redoute beaucoup de confirmer, une fois de plus, cette proverbiale vérité.

C'est qu'en effet l'œuvre de Tarnier est essentiellement obstétricale, et je ne suis que chirurgien. Il vaudrait donc beaucoup mieux pour vous, qu'il m'eût été possible d'imiter aujourd'hui la conduite que suivit Trélat, le 17 janvier 1872, alors que, secrétaire général de la Société, il devait prononcer l'éloge de Danyau. Par une substitution de rôles, d'ailleurs très statutaire, et malgré le talent oratoire, la sûreté de jugement et les largeurs de vue que ce maître incomparable possédait à un si haut chef, il n'en céda pas moins la parole au secrétaire annuel. L'exemple est plutôt troublant. Mais, en guise d'atténuante explication, il me suffira, je pense, de vous nommer le secrétaire annuel qui prit la place de Trélat : c'était Tarnier lui-même.

Les situations, vous le voyez, n'ont rien de comparable; mes collègues de secrétariat ne sont pas plus accoucheurs que moi, et, partant, mon devoir était tout tracé. Les notices remarquables

déjà publiées par Bar (1), Bonnaire (2), Budin (3), Dureau (4), M. de Fleury (5), Heinricius (6), Huchard (7), Maygrier (8), Pinard (9), Vidal (d'Hyères) (10) et par tant d'autres dans la presse française et étrangère ont, du reste, singulièrement facilité ma tâche. En outre, je n'ai pas manqué de compléter ces premiers documents ou de préciser mes souvenirs personnels, en m'adressant à ceux qui ont eu le privilège de vivre dans l'intimité du maître.

Bref, rien n'a été négligé pour que cet éloge soit, avant tout, le reflet de ce que les disciples de Tarnier pensent et de ce qu'ils ont écrit. Si donc ils se retrouvent trop souvent sous ma plume, sans guillemets, je les renvoie à la préface du *Traité de l'asepsie*. Ils y reliront les humoristiques malédictions que leur maître se plaisait à lancer contre les fameux *loc. cit.* dont fourmillent tant de publications scientifiques, et j'espère obtenir ainsi leur indulgence. Quant à mes auditeurs d'aujourd'hui et à ceux qui peut-être me liront demain, ils ne m'en voudront certainement pas d'avoir pris le seul moyen de masquer ici mon incompétence et de leur en éviter les erreurs ou les à peu près.

(1) Paul Bar. Le professeur S. Tarnier. *La Presse médicale*, numéro du 8 décembre, p. 249. Paris, 1897.

Paul Bar. *Le professeur S. Tarnier. Leçon faite à la clinique Tarnier, le 4 décembre* 1897. Pub. chez Carré et Naud. Paris, 1897.

(2) F. Bonnaire. Mort de S. Tarnier. *La Presse médicale*, n° 99, du 27 novembre. Paris, 1897.

F. Bonnaire. La vie et les travaux de S. Tarnier. *Revue de Gyn. et de Chir. abdominales*, t. II, p. 161. Paris, 1898.

(3) P. Budin. Leçon d'ouverture consacrée au professeur Tarnier, faite à la clinique Tarnier le 30 avril 1898. *Progrès médical*, 3e série, t. VII, n° 19, p. 289. Paris, 1898.

(4) Dureau. Le professeur Tarnier. Extrait de la *Chronique médicale* du 15 décembre 1897.

(5) M. de Fleury (Horace Bianchon). Le professeur Tarnier, in *Nos grands médecins d'aujourd'hui*, p. 441. Vol. publié par la Société d'Éditions scientifiques. Paris, 1891.

(6) G. Heinricius. S. Tarnier. *Afbryck ur Finska Läkaresällskapets Handlingar*, Bd XL, Haft 1. Helsingfors, 1898.

(7) Henri Huchard. M. le professeur Tarnier, article nécrologique du *Journal des Praticiens*, p. 767. Paris, 1897.

(8) Ch. Maygrier. M. le professeur Tarnier, article nécrologique du *Progrès médical*, p. 437. Paris, 1897.

(9) Ch. Pinard. *Discours prononcé aux obsèques du professeur Tarnier*, au nom de la Faculté de médecine. Tiré à part imprimé le 31 mai 1898, avec les portraits du professeur Tarnier et le relevé de ses titres scientifiques, sur les presses de L. Maretheux, aux frais du professeur Pinard et par les soins de G. Steinheil, éditeur.

(10) E. Vidal. *Le professeur Stéphane Tarnier*, notice imprimée à Hyères, le 27 novembre 1897.

Étienne dit Stéphane Tarnier, sans doute pour obvier à la similitude prénominale du père et du fils, est né à Aiseray (Côte-d'Or) le 29 avril 1828. Son père, médecin de campagne fort modeste, mais particulièrement estimé pour ses qualités d'homme excellent et de praticien dévoué, quitta Aiseray peu après, pour s'installer près de Dijon, à Arc-sur-Tille. C'est là que le jeune Stéphane passa son enfance et, la chose se trouvait ainsi tout indiquée, c'est à Dijon qu'il fit ses humanités, pour commencer ensuite ses études médicales à l'école de médecine secondaire de cette même ville, de 1846 à 1848. La grande épidémie de choléra qui sévit, à cette époque, sur toute la région dijonnaise, le retint auprès de son père, dont il partagea les fatigues avec un admirable dévouement, et son installation définitive à Paris fut ainsi reculée d'une année.

A dater de cet instant, son ascension fut rapide. Externe des hôpitaux de 1850 à 1851, interne provisoire en 1852, il était le second sur la liste des titulaires en 1853. Ses collègues d'alors s'appelaient : Le Fort, Parrot, Bucquoy, Lorrain, Millard, Guyon, Besnier, Peter, Fournier, Marey, Panas, Jaccoud, Charcot, Vulpian, Tillaux, pour n'en citer que quelques-uns parmi tous ceux qui devaient, pour toujours, lui garder leur amitié, leur estime et leur admiration. Ses maîtres furent Cullerier et Gendrin en médecine, Michon en chirurgie, Delpech et Danyau en accouchements. Paul Dubois était, à la vérité, chirurgien en chef de la Maternité, lorsque Tarnier y vint comme interne en 1856, mais Paul Dubois était professeur, et l'histoire raconte que le service était surtout assuré par le chirurgien adjoint. C'est ainsi que Danyau fut, en réalité, le véritable initiateur de Tarnier dans la pratique des accouchements.

Paul Dubois n'apprit à connaître, par lui-même, les hautes qualités d'intelligence et de ponctualité de son ancien interne, qu'en le choisissant plus tard comme chef de clinique, alors que sa communication de 1856 à la Société anatomique sur « L'état graisseux du foie chez les femmes grosses après l'accouchement », son mémoire publié, la même année, à la Société de biologie, avec la collaboration de son ami Vulpian, sur le même sujet, et surtout sa mémorable thèse inaugurale de 1857, avaient déjà fixé sur lui l'attention de tous les chercheurs.

Dans une très vivante notice publiée en décembre 1897, M. Dureau raconte comment disciple et maître renouèrent ici connaissance. A la première heure de certain matin, Tarnier, encore couché, eut la surprise de voir entrer dans sa chambre le professeur Paul Dubois en personne. Celui-ci, s'étant assis sans autre préambule, lui tint à peu près ce langage : « Vous êtes étonné de me voir, monsieur Tarnier, mais on dit partout que

vous êtes paresseux, j'ai voulu m'en assurer... et je viens vous demander quelques explications sur les statistiques données dans votre thèse. » Tarnier promit les documents, il les donna, et j'imagine que Paul Dubois fut ensuite rapidement édifié sur la paresse de son disciple.

Je ne voudrais cependant pas trop insister sur ce point. Peut-être l'interne Tarnier eut-il vraiment ses instants de paresse. Nous le souhaiterions même volontiers, en songeant aux indiscutables douceurs que réserve aux plus actifs la possibilité de reprendre haleine de temps en temps. Mais le fait malheureusement mieux démontré, c'est qu'à la sortie de son internat, Tarnier eut à connaître, lui aussi, les anxiétés que nous impose trop souvent la fortune, en manière d'épreuve, avant de nous accorder ses sourires. Bar a bien rappelé les heures difficiles auxquelles je fais allusion :

« ... Il fallait vivre... Tarnier prit la décision de rester à Paris, et il s'installa dans un modeste logis, au fond de la cour d'une maison qui porte encore le n° 70 de la rue de Rivoli. Ici commença pour lui une existence de labeur pénible. Sachant combien petite était l'aisance de ses parents, il ne voulut pas leur demander de nouveaux sacrifices. Il connut les désespérances que provoque, chez tous les nôtres, le début dans une carrière qui semble sans avenir. Médecin du bureau de bienfaisance, il s'empressait auprès des pauvres, qu'il secourait souvent de ses maigres ressources. C'était là sa seule clientèle. Découragé, notre maître cédait difficilement aux encouragements et aux conseils que lui prodiguait sa famille, et il songeait sérieusement à abandonner la carrière médicale proprement dite. »

Par bonheur, la discussion qui s'ouvrit alors à l'Académie, sur l'infection puerpérale, eut tôt fait de lui rendre, avec toute son énergie, le désir de faire triompher ses idées. En 1860, deux ans après la publication d'un nouveau mémoire intitulé : *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité*, il devenait agrégé. L'année suivante, Dubois le prenait comme chef de clinique. En 1865, il se faisait nommer chirurgien des hôpitaux, et, dès 1867, le chirurgien en chef Trélat ayant quitté la Maternité, et le chirurgien adjoint Guyon, attiré vers d'autres voies, n'ayant pas voulu de la succession, Tarnier put ainsi prendre la direction de la vieille et grande maison, pour la conserver vingt-deux années, du 1er juillet 1867 au 1er juillet 1889.

Chacun sait tout ce qu'il fit de grand et de bien durant cette longue étape de sa vie. C'est à la Maternité qu'il s'est affirmé comme chef d'école. C'est là qu'il a eu le mérite, si rare et si grand, de grouper autour de lui et de s'attacher pour toujours

ceux que vous connaissez trop bien pour que je les nomme, tous ceux qui sont aujourd'hui les maîtres et l'honneur de l'obstétrique française. C'est enfin là qu'il a pu trouver et réunir les documents de son enseignement et de ses publications.

Et cependant, durant ces années de glorieux et fécond labeur, Tarnier eut à compter avec les défaillances de la santé. Encore mal remis des fatigues que lui imposèrent les événements de 1870-1871, et surmené par des exigences professionnelles de plus en plus lourdes, il tomba gravement malade en 1873 et dut partir pour Hyères. Il y séjourna plusieurs annnées, ne regagnant Paris qu'au mois de mai, pour les examens de la Maternité. Séduit par les rives ensoleillées de la mer bleue, il y retourna presque tous les ans, après sa guérison. Il avait même promis à son ami le docteur Vidal d'y passer régulièrement les hivers, lorsque viendrait l'heure de la retraite.

Après ces longs mois de repos forcé. Tarnier retrouva peu à peu la santé voulue pour reprendre sa marche en avant. En 1884, il fut, à l'unanimité des voix de ses collègues, désigné pour succéder à Pajot dans la chaire théorique d'accouchement. Son enseignement fécond et sûr, que relevait encore le prestige de l'officialisation, retrouva là tous les succès légitimes déjà rencontrés lorsque, jeune agrégé, il avait eu la pensée, tout à fait nouvelle alors, d'organiser des conférences régulières. Quatre ans plus tard, au début de l'année scolaire 1888-1889, il prit encore la place du maître dont le départ, hélas! était, cette fois, définitif. Quittant la Maternité, Tarnier devint ainsi le titulaire de la clinique de la rue d'Assas, de la clinique Tarnier, pour l'apppeler par le nom que l'Assistance publique lui a si justement donné.

Il va de soi qu'à tous ces grades conquis par le travail, s'ajoutaient les titres et les honneurs que réserve la renommée. Académicien dès 1872, à un âge où d'habitude la savante Compagnie tient porte close aux plus méritants, Tarnier fut successivement : membre fondateur de la Société de médecine légale en 1863, président de la Société de chirurgie en 1879, président de l'Académie de médecine en 1891, fondateur et premier président de la Société obstétricale de France, président du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux en 1895. Partout apprécié, il était le correspondant ou l'associé de presque toutes les sociétés obstétricales ou gynécologiques étrangères.

En 1885, l'Université d'Édimbourg l'avait nommé docteur « Honoris causâ », et, l'année suivante, lorsqu'il se rendit en Écosse, pour y être publiquement reçu, le 2 août 1886, il fut, à son entrée dans la grande salle d'honneur de l'Université étrangère, accueilli par des salves d'applaudissements. Son élève

Budin, qui l'accompagnait, garde ce souvenir avec émotion : « On acclamait, dit-il, celui qui avait perfectionné le forceps, celui dont le nom devait être désormais placé à côté de ceux de Chamberlen et de Levret. » Dirai-je enfin qu'il était commandeur de la Légion d'honneur?

Pour un Tarnier, il serait, je crois, superflu d'insister davantage, et, comme fin de récit, je préfère rappeler ce que furent ses dernières années à la clinique Tarnier : « Ici, disait Bar dans sa leçon du 4 décembre 1897, Tarnier ne cessa de travailler. Vous savez ce qu'étaient ses leçons, dans lesquelles il vous apportait le fruit de sa longue expérience. Elles portèrent sur les sujets les plus divers. A plusieurs reprises, notamment, il vous parla des recherches qu'il avait faites avec Chamberlen sur l'éclampsie et la toxicité du sérum dans cette affection, de l'opération césarienne, de l'accouchement prématuré artificiel, et il revenait souvent sur les bons résultats que donne le régime lacté dans le traitement de l'albuminurie. Beaucoup de ces leçons ont été publiées.

« Mais il aimait à revenir sur son sujet de prédilection et à vous parler de l'antisepsie, des résultats qu'elle permet d'obtenir. Il consacra même un grand nombre des leçons de 1890 (15 mai au 19 juillet) à étudier à nouveau ce sujet, à propos duquel il avait, avec Vignal, multiplié les expériences. Ces leçons, réunies par son élève Potocki, ont été la base du beau livre que notre maître publia en 1894, *Sur l'asepsie et l'antisepsie en obstétrique.* » Très beau livre, en effet, qui, résumant presque tout l'enseignement clinique du maître, vient consacrer, de très magistrale façon, l'utilité de ses efforts et le triomphe de ses idées.

Par malheur, Tarnier n'eut pas à goûter longtemps les douceurs intimes de ses victoires. Il est mort à soixante-dix ans, le 23 novembre 1897. Mort à la suite d'une courte maladie, nous disait-on. Et il semblait bien qu'il en fût ainsi, puisque le grand maître tombait dans la pleine activité de son service d'hôpital et de ses fonctions professorales. Hélas! la vérité est autre. Il y avait déjà bien des mois que, devant l'altération croissante de ses traits, ses amis lui conseillaient de devancer l'heure et de réaliser enfin ses projets de repos dans la vieille maison paternelle d'Arc-sur-Tille, au milieu de ses derniers parents et de toute une population de braves gens qui l'adoraient. Qui sait si pareille et sage détermination n'eût pas retardé notre deuil?

Mais Tarnier n'était pas de ceux qu'arrêtent les considérations de cet ordre. Il avait sur le devoir et sur l'honneur, cette grande « pudeur civile », comme on l'a si justement nommé, de très intransigeantes conceptions, et, malgré les souffrances qu'il endurait, malgré sa fatigue croissante, il a voulu, jusqu'au bout, tenir

tête aux tâches qu'il s'était tracées. Il est mort debout. Donc, honneur à lui! et loin de nous les regrets! Ils ne pourraient qu'affliger la grande et belle âme de cet homme de bien, de dévouement et de courage.

Ce que fut le chagrin de tous à la mort de Tarnier, les paroles prononcées sur sa tombe l'ont dit avec un accent de sincérité trop grand pour qu'il soit nécessaire d'en rappeler la douloureuse étendue. Mais lorsqu'on y songe, on ne peut s'empêcher d'observer combien il devait un jour mériter les paroles qu'il avait prononcées lui-même, comme président sortant de la Société de chirurgie, à propos de Chassaignac, et, plus tard, sur la tombe de son grand ami Trélat.

Elle aussi, sa vie devait être « un modèle de labeur incessant et de modestie ». Elle aussi, sa mort devait « frapper au cœur » la chirurgie française, et nous pouvons, à notre tour, le lui dire : « Reposez en paix dans votre tombe, cher et grand maître, vous avez été un homme de bien, jusqu'à votre dernière heure vous avez, avec passion, recherché la vérité et le progrès; vous aviez un cœur généreux et une grande bonté; vous avez été l'honneur de votre profession, vous laissez derrière vous d'unanimes regrets. Vos amis, vos élèves, vos confrères, vos collègues, garderont donc de vous un souvenir impérissable. »

Cette existence simple, toute droite et sans nuage passionnel d'aucune sorte, ferait presque songer à la sublime utopie des rêveurs pour qui la vie doit être « comme un champ de neige où nos pas s'impriment sans y laisser de souillure »! D'autant que Tarnier vécut célibataire, et mourut tel. Quelles furent les exactes raisons de sa vocation pour le célibat? Fut-elle totale ou simplement partielle, ainsi que le laissait parfois supposer le malicieux et fin sourire que ses lèvres esquissaient lorsque ses intimes osaient aborder avec lui ces questions délicates? Il ne nous appartient pas de le dire. Le fait d'ailleurs importe peu.

Il nous suffit de savoir que, selon toute vraisemblance, Tarnier ne connut pas d'autres vibrations affectives que celles dont il trouva si amplement la source : dans l'affection de la vieille mère qu'il n'a jamais cessé d'adorer, avec toutes les ferveurs des enfants les plus tendres et les plus soumis; dans le culte et la gratitude de ses élèves; dans l'attachement de ses amis; dans la reconnaissance, enfin, de tous ceux qui n'ont jamais, comme l'a si bien dit Bonnaire, « sollicité en vain de lui un service, un conseil, un appui ».

L'aspect extérieur de Tarnier répondait aussi bien à cet état d'âme de pureté particulière, qu'à ses autres vertus d'homme

privé. De haute stature et d'assez forte corpulence, sa démarche avait quelque chose de calme et de réfléchi. Chacun de nous le voit encore dans la vaste redingote noire, boutonnée du haut, jamais du bas, qui entourait avec tant d'ampleur les parties basses de son corps, lequel, à coup sûr, n'avait rien de sportif. Mais tous aussi nous nous souvenons de sa physionomie expressive : sa tête heurtée mais puissante ; ses gros traits ; ses cheveux longs qu'il portait à la mode de sa jeunesse, rejetés en arrière et sur le côté gauche ; sa barbe clairsemée que représentaient, seules, une moustache et une barbiche grises, aussi peu touffues l'une que l'autre ; le moignon de cigarette qui pendait si souvent à ses lèvres ; enfin, le pince-nez vacillant, toujours à cheval sur son nez un peu fort. Tout cela ne donnait pas, sans doute, une impression particulièrement artistique, mais on y lisait cependant très bien l'intelligence, la finesse et la mansuétude de l'homme. Son regard doux, franc et droit, l'expression quelque peu narquoise, parfois même un peu satirique, mais toujours affable que son visage prenait volontiers dans le sourire étaient, à cet égard, tout à fait saisissants.

Ajouterai-je qu'il avait des mains vilaines et trop grosses? Oui. Un peu pour être véridique, et beaucoup pour avoir l'occasion d'observer, avec M. de Fleury, que les mains de Tarnier n'avaient que faire d'être belles, étant les plus habiles du monde. Il paraît même que la graphologie (je le tiens de deux maîtres en cet art) permet de retrouver dans l'écriture petite, fine, claire et bien ponctuée qu'elles savaient tracer, les signes révélateurs aussi bien « de sa puissance d'organisation », « de son activité », « de ses aptitudes à poursuivre longtemps la défense d'une seule et même cause » ou de « son habileté manuelle », que de sa « nature droite, intelligente, loyale et supérieurement bonne ». Et certes, jamais diagnostic ne sera plus vrai.

Au milieu de toutes les hautes qualités qui lui valent aujourd'hui l'admiration de tous ceux qui ont pu apprécier la dignité de sa vie, la sûreté de son cœur, son dévouement aux malades et son permanent souci des intérêts qui lui étaient confiés, il est, en effet, certain que la bonté grande, inépuisable fut sa vertu première. Elle était même à ce point dominante qu'il en prêtait parfois à ceux qui en ont le moins. L'anecdote suivante le prouve. C'était vers la fin de 1871, alors que nos rues étaient infestées par les funestes sectaires dont le drapeau rouge ne pouvait, encore, flotter qu'aux jours de désastre et de terreur. Un matin de cette odieuse époque, Tarnier cherchait à se frayer un chemin jusqu'à la Maternité, lorsque, non loin des quais, il fut appréhendé par une sinistre patrouille et menacé de fusillade prochaine. L'entrevue

n'avait rien de banal, et voici comment le Dr Dureau la raconte :

« Tarnier parlemente et décline ses qualités de chirurgien d'hôpital ; on ne le croit pas, les têtes s'échauffent et il voit le moment où sa vie va être plus que menacée. Cependant, un des gardes du groupe s'approche, le considère et déclare qu'il est bien le chirurgien de la Maternité, qu'il a accouché sa femme il y a peu de temps et qu'il est très bon pour les femmes en couches et les enfants. Cet homme réussit à convaincre ses camarades, et, pour qu'il n'arrivât plus malheur à Tarnier, on forma une troupe qui le conduisit par des chemins plus ou moins sûrs jusqu'à la Maternité. « En arrivant boulevard de Port-Royal, les balles sifflaient de « tous côtés, mais je pus entrer, j'étais sauvé. Ce qui prouve, « ajoutait Tarnier, avec son bon et fin sourire, qu'il y a des « braves gens partout ! »

Sa bonté, toujours sa bonté ! On la rencontre à toutes les pages de sa vie, et, si la réflexion qu'il fit à propos de ceux qui faillirent l'assassiner montre que sa mansuétude ignorait vraiment l'obstacle, il ne serait pas difficile d'accumuler ici d'autres preuves témoignant que sa bonté s'alliait en son cœur de brave homme à toutes les vertus corollaires. Ces preuves se retrouvent impérissables, non pas seulement dans les douloureux regrets que sa mort a causés ou bien encore dans sa correspondance, mais aussi dans certains documents d'ordre différent et néanmoins très significatifs. Tel son testament, qui malgré les aridités de rédaction dont la basoche a si bien le secret, n'en montre pas moins, dans toute leur grandeur et dans toute leur poésie, pourrais-je dire, les délicatesses de cœur du grand mort, son horreur de la chicane, sa droiture, son équité, sa bonté, sa tendresse pour ses élèves, et son culte pour l'amitié.

Ce furent bien là, je crois, ses qualités principales. Et, qu'il me soit permis de le dire, ce n'est pas seulement pour l'avoir entendu raconter ou l'avoir lu que j'en parle ainsi. Sans qu'il m'ait été donné de vivre dans l'intimité de ce maître, j'ai eu cependant le privilège de l'approcher d'assez près. J'ai suivi quelques-uns de ses cours, je l'entendais aux examens ; maintes fois, dans la pratique de la ville, il m'a prêté le concours de ses sages conseils ; souvent enfin je le rencontrais, en plus grande intimité, chez mon maître le professeur Trélat, dont il était l'intime ami... J'ai même eu la bonne fortune de faire une fois route avec lui de Paris à Dijon.

Il me semble que c'était hier. Assis à mes côtés, il me parla de mille choses, de son hôpital, de ses travaux en train, voire même de ses goûts de bibliophile raffiné qui l'avaient peu à peu conduit à posséder l'une des plus belles collections d'éditions rares des

anciens accoucheurs (celle-là même qu'il devait léguer à son vieil ami Hergott, en invitant ses élèves à se partager les autres livres de sa bibliothèque). Il voulut bien m'initier aussi à ses joies de propriétaire. La vieille maison paternelle qu'il s'était plu à conserver telle qu'elle était jadis, le soin qu'il avait mis à embellir ses entours, le grand jardin avec ses belles serres et ses eaux vives, les pavillons construits pour la réception de ses élèves et de ses amis..., que sais-je encore ! Tout cela vint tour à tour dans son récit, sans oublier les anecdotes finement contées.

Mais, tout en l'écoutant, ce que je vis surtout dans ses yeux, c'est la joie profonde et douce que lui causait la perspective de quelques jours de repos auprès de sa bien-aimée mère. Sa mère ! Ce mot était pour lui toute une évocation. C'est avec elle qu'il revivait les heures du passé et goûtait le mieux les joies du présent. C'est par elle qu'il devait avoir, hélas ! en la perdant peu après, la plus grande douleur de sa vie. C'est enfin lorsqu'il parlait d'elle qu'on voyait la douce expression de son visage refléter avec le plus de vérité les trésors de tendre bonté qu'il avait au cœur.

Ces quelques souvenirs trop personnels sont pourtant excusables. Peut-être, en effet, donneront-ils à ce que j'écris un peu du crédit des choses vécues et serviront-ils ainsi mon ardent désir de montrer à ceux qui nous suivront combien il est juste que l'homme simple, modeste, honnête et bon que Tarnier personnifie si bien, ait eu toutes les récompenses auxquelles on puisse ici-bas prétendre.

Tandis que le crédit à jamais incontesté de ses œuvres écrites, la vulgarisation de ses idées, la réalisation des réformes qu'il a provoquées, les travaux que publient ses élèves, le monument qu'ils ont résolu d'élever à sa mémoire, et l'accueil fait à leur touchante pensée d'associer les femmes et les mères à cette souscription, viennent, en quelque sorte, matérialiser aujourd'hui les reconnaissances qu'il s'est acquises ; il est en outre certain que durant sa vie, à côté des honneurs inséparables de sa situation officielle, et de la grande aisance que, longtemps, sa belle clientèle lui assura, il eut aussi, et très largement, toutes les satisfactions de ceux qui savent se faire universellement aimer et estimer.

Cela dit sur l'homme privé, considérons maintenant le maître accoucheur. Ce qu'il fut dans la pratique de son art et de son enseignement, ses élèves et tous ceux qui l'ont suivi l'ont proclamé, en termes non équivoques. Tous le donnent comme le type du clinicien consciencieux autant qu'avisé. Ils insistent, à l'envi, sur la « sûreté de son diagnostic », sur sa « merveilleuse habileté

opératoire », sur les belles tendances de son esprit toujours en éveil vers le mieux, et sur le soin jaloux qu'il mit toujours à « se tenir au courant de toutes les acquisitions de la science ». Tous, enfin, le déclarent professeur remarquable, autant par l'originalité de ses idées que par sa bonhomie particulière et l'art avec lequel il savait trouver le mot juste ou placer une anecdote instructive.

Voici, du reste, comment en parle Pinard dans le discours qu'il a prononcé au nom de la Faculté de médecine : « Sans être doué des qualités dites brillantes de l'orateur, Tarnier ne tardait pas à s'emparer de son auditoire. Dès le début, on éprouvait une sorte de déception en entendant une voix dont les proportions ne s'harmonisaient pas avec celles du corps... Mais, bientôt, la compréhension devenait d'une facilité extrême. La simplicité, la clarté, la solidité de l'idée rayonnaient et l'esprit était captivé... » On ne saurait mieux dire en vérité, et ce sont là de très précieux témoignages. Mais nous avons plus démonstratif encore que ces appréciations dans lesquelles l'intégrité de jugement se mélange forcément à des sentiments de telle affection, qu'on pourrait les soupçonner d'exagération. Nous avons les travaux mêmes du maître.

Par une faveur bien rare à rencontrer pour les hommes d'action dans notre art, Tarnier sut, en effet, trouver dans ses aptitudes de travailleur, peut-être aussi dans les placidités particulières du célibat, les moyens d'éviter l'écueil devant lequel se brisent trop souvent ceux qui laissent envoler, au jour le jour, les trésors de leur expérience, sans jamais assurer la récolte de ce qu'ils sèment. Pendant qu'il inspirait à ses élèves des études remarquables, il écrivait pour son propre compte, il menait à leur terme les publications les plus importantes, et c'est ainsi qu'il a pu nous laisser, lui-même, les documents admirables qui précisent, pour jamais, sou rôle scientifique en même temps qu'ils permettent de le juger avec une impartialité défiant, cette fois, toute suspicion.

Les travaux scientifiques de Tarnier ne sauraient trouver place ici. J'en donnerai la complète énumération dans un index bibliographique, annexe de cet éloge. Mais puisque leur nombre me défend de les commenter, je voudrais, au moins, par une vue d'ensemble, rappeler comment les écrits de Tarnier, ses instruments, et tout son héritage permettent, si je puis ainsi dire, de ramener sa belle équation scientifique aux trois termes que voici :

Ingéniosité particulière,

Sens clinique extraordinaire,

Qualités supérieures attestées par sa lutte contre l'infection puerpérale, lutte à laquelle il a consacré toute sa vie.

Comme preuves d'ingéniosité, on doit surtout citer la couveuse, le ballon excitateur, le basiotribe et le forceps.

Le mémoire dans lequel Tarnier fait connaître sa couveuse et les ressources du gavage, pour l'élevage des prématurés, date de 1885. Il aimait à conter comment une promenade au Jardin d'acclimatation, avec son ami Geoffroy-Saint-Hilaire, lui avait suggéré l'idée d'appliquer aux bébés trop pressés ce qui sauvait si bien les petits poulets ou les petits dindons, et c'est en 1880, pendant l'internat de Bar, qu'il fit, à la Maternité, ses premiers essais. Or, à cette époque, malgré le berceau incubateur de Denucé et la baignoire à deux parois de Credé, construits, le premier en 1857 et la seconde en 1864, on ne s'en contentait pas moins de l'ouate et des boules d'eau chaude, pour réchauffer les trop tôt venus. La couveuse perfectionnée de Tarnier, avec ses glaces de surveillance et sa température régulière, constitue donc un sérieux progrès. Elle a sauvé des enfants pesant moins de 1.200 grammes et d'autres n'ayant même pas, à leur naissance, 32 degrés de température rectale.

Le ballon excitateur, imaginé en 1862, pour provoquer l'accouchement avant la fin de la grossesse, ballon dont Champetier de Ribes devait, plus tard, s'inspirer si heureusement, est à son tour une invention dont la portée pratique s'est rapidement imposée.

La plupart des instruments qui portent le nom de Tarnier sont enfin de véritables modèles, qui révèlent tout à fait son ingéniosité particulière et les tendances pratiques de son esprit. On les dirait machinés par un Farabeuf.

Laissant de côté les embryotomes rachidiens, dont les qualités absolues sont peut-être contestables, examinons seulement le basiotribe et le forceps.

Le basiotribe définitif de Tarnier a été présenté à l'Académie le 1er décembre 1883. Jusque-là, l'embryotomie céphalique était parmi les opérations les plus pénibles et les plus défectueuses. Dans les cas de bassins assez rétrécis pour empêcher les céphalotribes, alors en usage, d'assurer l'extraction, après broiement de la tête, les opérateurs et les opérées se trouvaient en fort médiocre posture. D'autant que les cranioclastes, vantés en pareils cas, à l'étranger, ne valaient pas mieux que les céphalotribes. Ils permettaient une prise solide, mais ils broyaient très mal. Le basiotribe Tarnier est venu lever toutes ces difficultés.

Et, qu'on le note bien, Bar le réclame avec raison, ce fut, dès sa première forme, un instrument réellement original. Il empruntait au céphalotribe sa puissance d'action ; au cranioclaste, sa sûreté

de prise. Tel qu'il est maintenant avec ses trois branches, dont l'une perfore et dont les deux autres, grâce à leurs vis indépendantes, permettent de broyer en deux temps successifs, pour procéder ensuite à l'extraction, le basiotribe de Tarnier, est on peut le dire, avec Bar et Budin, « un instrument parfait, et l'embryotomie céphalique est aujourd'hui devenue, grâce à lui, une des interventions les plus faciles et les plus sûres de l'obstétrique ».

Quant au forceps Tarnier, c'est un instrument de premier ordre dont la genèse et les destinées seront toujours instructives à repasser. C'est en 1873, pendant son séjour à Hyères, que Tarnier l'a conçu. Quatre ans plus tard, le 23 janvier 1877, il en a donné la théorie et détaillé les mérites dans un mémoire remarquable par sa déductive lucidité. Il y dénonce, d'abord, comme « véritable hérésie scientifique », les doutes qu'on pourrait avoir sur la nécessité de « donner aux tractions faites sur le forceps la direction de l'axe du canal que la tête fœtale doit traverser ». Il continue en montrant combien il serait avantageux, « surtout pour les jeunes accoucheurs, d'avoir un forceps muni d'une aiguille indicatrice qui pût guider l'opérateur et lui indiquer automatiquement, et à chaque instant, dans quel sens il doit diriger ses tractions ». « Un pareil perfectionnement, dit-il, en concluant, n'est pas impossible à réaliser.... » Et il le réalisa merveilleusement.

Le forceps qu'il fit alors construire donnait déjà la solution du problème qu'il s'était posé, avec un degré d'approximation remarquable. Les perfectionnements vinrent ensuite, et, transformant sans cesse son invention première, Tarnier nous donna bientôt l'excellent instrument qui est maintenant dans les mains de tous les accoucheurs. C'est lui qui a servi de modèle à tous les forceps construits depuis, et qui tous reposent sur ces trois principes : tractions dans l'axe, mobilité de la tête, aiguille indicatrice.

L'aiguille ! la fameuse aiguille ! Ce nom seul remet en mémoire les polémiques de l'époque et surtout les deux articles publiés par Pajot dans les *Annales de gynécologie*, avec toutes les saillies de sa verve coutumière. La dernière en date s'intitulait, vous vous en souvenez : « La seconde au forceps à aiguille », et, certes, peu de discussions contiennent en leurs dossiers document plus incisif et plus spirituel.

Mais l'esprit n'a pas grand'chose à faire avec la meilleure manière de tirer dans l'axe d'une femme qui accouche, et si le célèbre Pajot sut nous mettre en gaieté par la parodie d'un vers connu : « Rien n'est beau que Levret, Levret seul est aimable », il fut moins heureux dans son argumentation d'accoucheur. Tarnier, du reste, ne répondit qu'à sa première attaque ; il le fit avec sa courtoisie habituelle, et « La seconde du forceps à aiguille »

le laissa indifférent. Le simple bon sens, les faits, la vulgarisation rapide de son instrument répondirent pour lui. Et j'imagine qu'à cette heure ses premiers adversaires seraient eux-mêmes édifiés. Si nous avions encore le bonheur de pouvoir les entendre, Pajot, sûrement, ne parlerait pas plus du forceps à aiguille que Depaul du guide-âne des accoucheurs.

A leur tour, les écrits de Tarnier fixent d'une manière non moins probante le sens clinique supérieur qui lui valut sa renommée.

Sans même parler encore de ses travaux sur l'infection puerpérale, relevons d'abord les notes anatomo-pathologiques et chirurgicales qu'il a présentées à la Société anatomique et à la Société de chirurgie, la contribution qu'il a prise à la puériculture par ses communications académiques sur l'allaitement et l'hygiène des nouveau-nés, ses leçons d'ouverture, sa préface au *Traité de Gynécologie* de Hegar et Kaltenbach, ses publications successives sur le retournement de la muqueuse rectale comme moyen d'exploration, les tumeurs fibreuses, l'opération césarienne, l'amputation utéro-ovarique, la symphyséotomie et sur tant d'autres sujets intéressants.

Notons en outre que parmi tous ces travaux, dont plusieurs sont marqués au coin de la plus réelle originalité, il convient de signaler en première ligne : Sa collaboration au classique traité d'accouchement de Cazeaux dont il a fait une œuvre pour ainsi dire personnelle; ce qu'il a écrit dans les troisième et quatrième livraisons de l'atlas Lenoir, Sée, Tarnier sur le mécanisme de l'accouchement et les opérations obstétricales ; enfin, ses articles de vulgarisation, dans le Dictionnaire Jaccoud, sur le forceps, l'embryotomie et quelques autres sujets. Ce sont de véritables modèles. Rappelons, enfin, qu'à la veille de sa mort, il travaillait encore au traité d'accouchements dont il avait commencé la publication avec Chantreuil, puis avec Budin, et dans lequel il rêvait de condenser les enseignements de sa longue expérience.

Tout cela ne forme-t-il pas le plus imposant ensemble? On y voit s'affirmer, en toute évidence, la valeur du chef d'école, et déjà, nous comprenons combien les disciples maintenant chargés de conserver, à l'obstétrique française, sa place d'avant-garde, ont raison de glorifier leur maître, en lui donnant une place d'honneur dans la grande famille des Moriceau, des Levret, des Baudelocque, des Paul Dubois et des Pajot.

Mais j'ai hâte d'arriver au plus grand titre de gloire de Tarnier, à la raison d'être essentielle de sa haute supériorité. Cette raison

d'être, merveilleuse et vraiment superbe, c'est la vision qu'il eut, dès le début de sa carrière, sur les causes de l'infection puerpérale; c'est d'avoir lutté, pendant vingt ans, pour démontrer que les infections puerpérales sont contagieuses; c'est enfin d'avoir consacré les efforts de toute sa vie à trouver les plus sûrs moyens d'éteindre ce fléau.

En 1856, sur 2.237 femmes entrées à la Maternité, on en voyait mourir 132, soit 1 sur 19, et lorsque l'interne Stéphane Tarnier déplorait, devant ses maîtres, cette mortalité terrible, lorsqu'il se lamentait de certaine série plus effroyable encore qui lui avait permis de relever, en dix jours du mois de mai, 31 morts sur 32 accouchements de femmes jeunes, saines et bien portantes, les Delpech, les Danyau, les Paul Dubois lui répondaient simplement : « Ce qui se passe à la Maternité se passe en ville, l'épidémie règne partout... Cela a toujours été ainsi et cela sera toujours ». Tant et si bien qu'ils ne redoutaient même pas de procéder à l'examen des malades en sortant des amphithéâtres d'autopsie.

Comme encouragement, c'était médiocre. Mais la réponse avait au moins un mérite : celui de contenir exactement le contre-pied de la vérité. Et c'est peut-être, comme le dit Tarnier, le triste fatalisme d'un pareil renoncement qui lui mit au cœur l'ardente volonté « de découvrir la cause des épidémies de fièvre puerpérale, et de trouver les moyens de lui porter remède ». Voilà le début. Vous savez le reste assez bien pour que sa rapide évocation suffise.

Une fois maître de son observation première et fondamentale, sur la certaine contagiosité des infections puerpérales, qui ne tuait qu'une femme sur 382 accouchées, aux alentours de la Maternité, alors qu'au sein du vieil établissement, encombré et sale, la mortalité moyenne était de 1 sur 19, il donne, dans sa thèse inaugurale, la preuve irréfutable que le fameux « génie épidémique » devant lequel on s'inclinait avec des points d'exclamation en guise d'antiseptique, n'était qu'un virus et que ce virus ne dépassait guère les murs de l'hôpital. L'année suivante, il reprend la même démonstration dans son traité sur la fièvre puerpérale. Les travailleurs de tous pays lui répondent aussitôt. Tribuchet à Paris, Barus à Londres (1858), Credé à Leipzig (1860), Huggenberger à Saint-Pétersbourg (1863), Spaeth et Braun à Vienne (1864), Malsaigne et Le Fort, pour n'en citer que quelques-uns, viennent tour à tour confirmer le fait que la mortalité était plus considérable dans les hôpitaux qu'en ville.

Plus heureux que l'Américain Samuel Kneeland qui avait cependant, dès 1846, parlé de la contagion en termes très précis, et que

Semmelweis (de Vienne), lequel avait si bien vu les choses que, « dès le mois de mai 1847, il obligea les étudiants à se laver les mains avec une solution de chlorure de chaux, et à faire usage de la brosse à ongles avant de pratiquer un examen ou un accouchement », Tarnier a donc, au début même de ses efforts, la satisfaction de se voir écouté, compris et soutenu. Il se console ainsi bien vite des critiques académiques provoquées par ses assertions premières, et après treize ans d'efforts, dès le 28 février 1870, il peut enfin, comme chirurgien en chef de la Maternité, organiser les services et prendre les dispositions conformes à ses idées sur la contagion, réserver l'infirmerie aux femmes malades, leur consacrer un personnel distinct, défendre à l'interne du service l'accès des salles d'autopsie, construire enfin un pavillon avec chambres séparées.

Le résultat ne se fait pas attendre. La mortalité, qui s'était maintenue à plus de 9 p. 100 de 1858 à 1870 (93 morts pour 1.000 accouchements), tombe aussitôt, par le seul fait de l'isolement, à 2,32 p. 100.

A ce moment précis, et seulement après la réalisation de cette première et considérable victoire, Pinard souligne le fait à bon droit, la métamorphose naissante des méthodes chirurgicales vient apporter ses armes nouvelles et toutes-puissantes.

Je crois savoir qu'au début même des innovations listériennes, Tarnier eut peut-être quelques hésitations. Ses convictions premières sur la prépondérance de la contagion par l'air et sur l'importance primordiale du milieu dans les succès opératoires lui en donnaient bien un peu le droit. D'autant qu'en se guidant sur ces seules données, il avait pu réaliser des progrès considérables. Mais ce maître avait une perspicacité trop lucide pour ne pas distinguer sans retard la bonne route, et pendant que Depaul continue à trouver que la contagion est un mot, et que l'acide phénique sent, par surcroît, fort mauvais, Tarnier s'empresse, au contraire, de prendre une part personnelle autant qu'active au beau combat dont notre collègue Lucas-Championnière conduisait si vaillamment les premiers engagements. Il serait même injuste de ne pas rappeler ici que ce dernier chirurgien, alors accoucheur, obtenait, de son côté, de parfaits résultats et une mortalité réduite à moins de 1 p. 100, en appliquant, à la Maternité de Cochin, les principes de Lister sur l'indifférence du milieu chirurgical et sur la toute-puissance de l'acide phénique, principes dont il ne s'est d'ailleurs jamais départi.

Mais Tarnier avait fait lui-même la trop évidente démonstration de l'importance du milieu pour penser de même. Loin de se cantonner dans un seul moyen de défense, il devait être naturelle-

ment conduit à les associer tous, et c'est, en effet, dans cette voie féconde qu'il s'engage aussitôt, avec la résolution de tout faire, désormais, pour mettre à profit les progrès combinés de l'hygiène, de l'asepsie et de l'antisepsie. Les élèves du maître, Doléris, Bar, d'autres encore, travaillent de leur côté; les propriétés comparatives du sublimé et des autres substances antiseptiques sont étudiées de près, les perfectionnements de toute nature se multiplient et bientôt la mortalité tombe encore plus bas. Elle n'est plus que de 1 p. 100. Ces simples chiffres montrent, mieux que tous les discours, le chemin parcouru par Tarnier, depuis sa thèse inaugurale de 1857 jusqu'à son Traité de l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique daté de 1894.

Les jeunes qui font aujourd'hui leur première entrée dans une Maternité bien construite et bien dirigée sont un peu comme les débutants de la chirurgie, à la vue d'une première opération bien conduite. Ce qu'ils voient leur semble tout naturel, ils n'imaginent pas qu'on ait jamais pu faire autrement, et leur impression, du reste, ne saurait surprendre. Si injuste qu'elle puisse être, en général et dans le cas particulier, elle n'est pas moins très humaine. En présence des grandes vérités génératrices des grandes découvertes, on s'étonne volontiers de les avoir si longtemps méconnues, d'autant que le vrai, presque toujours fort simple, n'a pas coutume de se rencontrer au milieu des complications ou des sophismes dont certaines intellectualités se complaisent à embrouiller toutes choses.

L'œuvre de Tarnier en donne une fois de plus la preuve. Quoi de plus simple, en vérité, que de constater que la mortalité des femmes en couches était moindre à la ville que dans les hôpitaux, c'est-à-dire moindre chez les femmes isolées que chez les femmes agglomérées? Rien au monde, assurément. C'était, de même, très naturel de partir de cette observation première, pour en induire à la fois que le fléau se propageait par contagion, et qu'il fallait le combattre par l'isolement. Oui, sans doute. Aussi simple et aussi naturel que de trouver le vaccin variolique après avoir su voir que la variole épargne les gens qui ont contracté le cow-pox en trayant les vaches.

Mais ces simplicités-là s'appellent le génie d'observation, et c'est malheureusement une loi très humaine aussi de voir les inductions qu'elles inspirent se heurter, d'abord, à toutes les incrédulités comme à tous les mauvais vouloirs. Et, certes, Tarnier n'a pas manqué d'en faire, à son tour, l'expérience. Comme beaucoup d'autres novateurs, il a vu, d'abord, le parti pris lui barrer le chemin. Peut-être même a-t-il trouvé là, lui aussi, les

meilleures conditions de viabilité pour ses idées. Ces premiers obstacles ne pouvaient, en effet, que l'inciter à faire ses preuves avec plus de perfection. En tout cas, il a superbement triomphé.

« Voyez donc ! écrit-il, lui-même, à l'origine : il mourait, à la Maternité, une accouchée sur dix : j'obtiens l'isolement des malades, et aussitôt la mortalité diminue, et il ne meurt plus qu'une femme sur cinquante; puis, quand l'asepsie est appliquée, il n'en meurt plus qu'une sur cent. Ces chiffres sont d'une éloquence devant laquelle toute contradiction est impossible. » Ils sont même la plus claire expression de ces vingt ans de lutte persévérante, de cette véritable épopée dont les trois phases se déroulent avec tant de netteté, que Tarnier se plaisait à les schématiser par trois colonnes noires, verticalement juxtaposées sur un même tableau.

La colonne de gauche, haute, très haute, représente l'effrayante mortalité des femmes en couches, durant ce que Tarnier appelait la période d'expectation, c'est-à-dire d'inaction. « A la suite, vient une colonne beaucoup plus petite, celle de la mortalité à l'époque où on isole les malades sans faire d'antisepsie; tout à fait à droite, enfin, la très petite colonne correspond à l'antisepsie. »

Sans doute, il nous la faudrait beaucoup plus petite, la toute petite colonne. Le monstre qu'elle symbolise vit encore et, certes, aujourd'hui comme autrefois, impuissants à l'exterminer tout à fait, nous ne devons rien négliger pour assurer, avec la plus inexorable sévérité, son étroite séquestration. Mais le schéma que je rappelle n'est pas moins rassurant, vrai et saisissant. D'un simple coup d'œil, on y voit l'œuvre maîtresse de Tarnier et ses droits à notre reconnaissance.

En mode de conclusion, il me sera, je pense, permis de dire maintenant que, parmi les élus de la vie, il en est peu qui aient su mériter, autant que Tarnier, la pérennité de leur souvenir. Les fleurs oratoires sont inutiles à la belle couronne que ses œuvres seules lui ont tressée, et ses titres de haute noblesse scientifique se réduiraient-ils à ceux qu'il a conquis dans sa lutte victorieuse contre l'infection puerpérale, qu'ils suffiraient grandement à lui garantir pour toujours l'admiration de ses pairs et la gratitude des hommes.

Quant à nous, si le dernier salut que notre compagnie se fait aujourd'hui gloire d'adresser au professeur Tarnier venait à réveiller un peu nos ressentiments contre les hommes ou les choses qui nous ont ravi pour jamais tout moyen de satisfaire nos appétences obstétricales possibles, le souvenir de notre président

nous aiderait bien vite à chasser toute pensée de rancune. Il nous inspirerait même un sentiment de nature très différente.

Grâce à Tarnier nous gardons, en effet, le droit précieux de pouvoir affirmer toujours que si la race des chirurgiens accoucheurs n'est plus, ce n'est point du tout, ainsi qu'il arrive, parce que ses derniers rejetons furent insuffisants, dégénérés ou dystrophiques. C'est, au contraire, en pleine et vivante sève qu'elle se vit faucher. Et, n'en déplaise à ceux qui lui portèrent les derniers coups, lorsque vint ainsi, pour elle, l'heure de renoncer à tout lendemain, il est bien vrai qu'elle sut, en guise de revanche, échapper à la fin misérable que, sans doute, on lui souhaitait, pour s'éteindre, à la manière d'un beau jour, sous les chauds rayons d'un lumineux soleil couchant.

Prix décernés en 1901

(Séance annuelle du 5 février 1902.)

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — Le prix est décerné à M. Louis Dartigues, ancien interne des hôpitaux, pour sa thèse inaugurale intitulée : *Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes.*

Prix Laborie (1.200 francs). — Le prix est décerné à M. Paul Barbarin, ancien interne des hôpitaux, pour son travail intitulé : *Les complications mastoïdiennes et intra-craniennes des otites chroniques. Leur traitement.* — Deux encouragements de 400 francs chacun sont accordés, l'un à M. H. Fresson, aide d'anatomie à la Faculté, pour son travail sur *Le traitement chirurgical de l'inversion utérine*, et l'autre à M. Victor Veau, prosecteur à la Faculté, pour son travail sur *Le système lymphatique dans l'appendicite.*

Prix Gerdy (2.000 francs). — Le prix est décerné à M. Bernard Cunéo, prosecteur à la Faculté, pour son travail sur le sujet proposé : *Anatomie pathologique du cancer de l'estomac envisagé au point de vue chirurgical.*

Prix Demarquay. — Le prix n'est pas décerné. Il n'y a pas eu de mémoire déposé sur le sujet proposé.

Prix à décerner en 1902.

(Séance annuelle de janvier 1903.)

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1902.

Prix Laborie (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes, et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Ricord (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre société. Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés.

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1902.

Prix à décerner en 1903.

(Séance annuelle de janvier 1904.)

Prix Marjolin-Duval et Prix Laborie. — Pour ces deux prix, voir les conditions ci-dessus.

Prix Demarquay (700 francs). — Le sujet proposé est : *Des pleurésies purulentes enkystées.*

Prix Gerdy (2.000 francs). — Le sujet proposé est : *La chirurgie du cœur.*

Les manuscrits destinés aux prix Demarquay et Gerdy doivent être anonymes, et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être déposés avant le 1er novembre 1903.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

is. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1902

Présidence de M. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de remerciement de M. Czerny (de Heildelberg), récemment nommé membre associé étranger.

3°. — Une lettre de remerciement de M. von Eiselsberg (de Vienne), récemment nommé membre correspondant étranger.

4°. — Des lettres de remerciements de MM. Chavannaz, Delagenière, Imbert, Martin et Toubert, récemment nommés membres correspondants nationaux.

5°. — Une lettre de M. Paul Reclus, président sortant, qui demande à être nommé membre honoraire.

A propos de la correspondance.

M. Walther dépose sur le bureau une note de M. Mougeot (de Chaumont), sur *les chloroformisations.* — Le travail de M. Mougeot est renvoyé à une commission, dont M. Walther est nommé rapporteur.

Allocution de M. Paul Reclus, président sortant.

Après vous avoir remercié une fois encore de votre déférente amitié qui a rendu ma présidence si agréable et si facile, je prierai notre collègue M. Bouilly, président élu pour l'année 1902, de monter au bureau et de prendre place au fauteuil.

M. G. Bouilly prend le fauteuil de la présidence.

Allocution de M. G. Bouilly.

Mes chers collègues,

Ce n'est pas sans émotion ni sans fierté que je prends place à ce fauteuil où j'ai eu pour prédécesseurs tous les représentants les plus illustres de la chirurgie française contemporaine, et c'est du fond du cœur que je vous remercie de m'avoir élevé à cette Présidence pour y diriger vos travaux pendant une année.

Je reporte tout l'honneur qui m'est fait à la Société elle-même, dont le sein ne renferme que des membres dont elle peut s'honorer, et parmi lesquels elle peut toujours choisir sans risques ni compromission.

La Société de chirurgie, déjà vieille de plus de cinquante ans, conserve sa marche tranquille et assurée; composée d'éléments empruntés à des générations chirurgicales successives, elle se voit infuser chaque année un sang nouveau et plus jeune qui entretient et revivifie sa vitalité; elle reste le centre actif où s'élaborent et se mettent au point les questions chirurgicales les plus diverses, et, quand un sujet a passé au crible de vos critiques et à la lumière de vos discussions, il en sort épuré et éclairé, et il est bien rare que vos décisions n'aient pas force de loi chirurgicale.

Pareille autorité ne peut appartenir qu'à une Société dont le bilan scientifique et moral ne saurait être discuté, et dont les travaux sont frappés au meilleur coin de notre esprit français, notre clarté originelle, notre extrême bon sens clinique et notre désir de bien faire, sans arrière-pensée de réclame ni d'intérêt.

Conservons ces traditions et ces qualités qui ont fait notre gloire et notre force; je mettrai à leur service toute mon activité et mon dévouement. Je n'aurai, du reste, qu'à m'inspirer des précieux exemples que me laisse notre Président sortant, et, en votre nom comme au mien, j'adresse tous nos remerciements à M. Reclus, ce collègue affable, aimé de tous, dont les allures simples et modestes

révèlent un cœur plein de bonté et cachent l'esprit le plus fin et le plus richement meublé qui existe.

Je suis fier de la collaboration à ce bureau de mon ami P. Segond, à qui sa place de secrétaire général vaut dans l'année quarante séances d'un travail un peu ingrat et une heure de triomphe due à sa chaude et sympathique éloquence, et j'adresse à M. Gérard Marchant tous nos remerciements pour son zèle et son dévouement dans ses fonctions pénibles de secrétaire annuel. Vous associerez ces trois noms dans votre reconnaissance.

Discussion.

Sur la chloroformisation.

M. Delorme. — Puisque plusieurs de nos collègues, au cours de la présente discussion, ont cru intéressant de signaler la proportion de leurs opérés qui ont succombé du fait du chloroforme, je citerai ma statistique, qui est particulièrement favorable, peut-être, je devrais dire sûrement, parce que le chloroforme a toujours été donné par des praticiens anciens très préoccupés de la lourde responsabilité qui leur incombait.

Je n'ai perdu qu'un malade, et cela dans des conditions inoubliables pour moi que je vous demanderai de rappeler.

Il s'agissait d'un malade qui devait subir une cure radicale de hernie. Il redoutait l'opération, et surtout le chloroforme, à tel point que je crus à un moment donné devoir lui proposer de ne pas l'opérer ou de ne l'opérer qu'après anesthésie par la cocaïne; après quelques hésitations, et sur ses instances, je le fis endormir par le chloroforme. Il n'y avait eu qu'une dizaine de grammes d'anesthésique de dépensés lorsque son pouls s'arrêta. En dépit de la respiration artificielle, d'injections de caféine, d'électrisation du cœur d'après le mode de Duchenne de Boulogne, enfin de trois ponctions du cœur, tout cela exécuté très rapidement, sans perte de temps, je ne pus le rappeler à la vie.

L'autopsie, faite avec beaucoup de soin, démontra que ce malade présentait une insuffisance mitrale.

De sorte qu'impressionné par ce cas peut-être plus que de raison, je pense que la chloroformisation chez les cardiaques est plus dangereuse que chez les autres sujets, partageant ainsi plutôt l'opinion de notre collègue M. Guinard que celle de M. Lucas-Championnière.

M. Schwartz. — Un certain nombre d'entre nous sont venus, à propos de la communication de notre collègue Poirier, apporter à cette tribune le résultat de leur expérience; je considère avec eux comme un devoir de vous exposer ce que j'ai vu dans ma pratique. Je me range absolument aux remarques si judicieuses que dans votre dernière séance vous a présentées notre collègue Reynier.

Je pense qu'une des conditions essentielles d'une bonne chloroformisation c'est de faire donner le chloroforme par un aide expérimenté. J'ai toujours eu une crainte salutaire de l'anesthésie générale chloroformique. et, depuis que je suis à la tête d'un service de chirurgie, j'ai toujours obtenu que le chloroforme fût donné par un de mes internes; c'est sous sa direction que les externes à leur tour apprennent à l'administrer et ne le donnent que dans les cas relativement simples.

Le chloroforme, bien entendu, doit être pur.

Il faut aussi considérer l'état du malade à chloroformer. Pour moi, il y a une contre-indication absolue à la chloroformisation, c'est l'hypothermie.

Comme l'ont dit ici-même Reynier, Quénu et bien d'autres, comme l'avait déjà dit dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* du 11 novembre 1901 mon collègue et ami le docteur Huchard, comme il l'a répété hier encore à l'Académie de médecine, les cardiaques peuvent être chloroformés. Les lésions valvulaires et orificielles ne sont pas une contre-indication; par contre, je ne chloroformerai pas les malades atteints de dégénérescence graisseuse, de sclérose, les asystoliques. Il faut dans tous les cas redoubler, si possible, de précautions et d'attention. Je n'associe généralement aucun autre anesthésique ou narcotique au chloroforme. Je n'emploie la morphine en injections sous-cutanées concomitantes que chez certains alcooliques, chez les hystériques, ou encore dans les interventions sur le crâne et l'encéphale.

J'ai eu un cas de mort par chloroforme sur environ 10.000 anesthésies, et là je n'aurais pas dû l'employer.

Il s'agissait d'un malade diabétique avancé, atteint d'une angine de Ludwig avec propulsion de la langue dans la bouche; difficulté extrême de respirer, sans asphyxie proprement dite. A peine eut-il inhalé quelques gouttes de l'anesthésique, que sa respiration s'arrêta; malgré la trachéotomie, la respiration artificielle, les tractions rythmées, le malade ne revint pas à lui; il était mort.

J'ai eu trois morts pendant l'opération, sous le chloroforme, mais j'ai le sentiment que ce dernier n'y a été pour rien. Il s'agissait de malades affaiblis en état d'étranglement qui succom-

bèrent pendant une opération longue et laborieuse. L'un d'eux eut des vomissements fécaloïdes qui pénétrèrent dans la trachée et amenèrent l'asphyxie.

J'ai la conviction que le chloroforme pur, bien administré, ne doit donner que rarement des accidents; mais, malgré tout, la question de vie ou de mort se pose toujours, comme le disait Sédillot, parce qu'il nous est impossible de prévoir ces cas où le malade est tué brutalement par la syncope laryngo-réflexe initiale.

M. Pierre Delbet. — Lorsque j'ai demandé la parole, mon intention était de dire seulement quelques mots sur l'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme, commencée par le bromure d'éthyle, continuée par le chloroforme.

Depuis que je suis inscrit, M. Lucas-Championnière a exprimé, sur la manière de donner le chloroforme et d'en surveiller les effets, des opinions qui diffèrent complètement de la doctrine que je croyais solidement établie et acceptée par tous. Aussi je vous demanderai la permission de revenir sur ce point.

M. Richelot nous a vanté les avantages de l'anesthésie mixte. J'ai eu l'honneur, il y a quelques années, de remplacer M. Richelot. L'anesthésie mixte était déjà en faveur dans son service. Je l'ai laissé administrer comme ses élèves avaient l'habitude de le faire : je l'ai donc expérimentée dans de bonnes conditions. Eh bien, je n'ai pas été satisfait.

Dans certains cas, l'anesthésie chloroformique ne succède pas sans transition à l'anesthésie due au bromure. Entre les deux, le malade se réveille à demi, de sorte qu'on n'a pas gagné grand chose à se servir du bromure d'éthyle. Ce qui m'a surtout frappé, c'est le nombre de malades qui avaient de l'ictère après ce mode d'anesthésie. Presque tous présentaient une légère teinte jaunâtre des conjonctives, et avaient des pigments biliaires dans les urines. Chez quelques-uns, la coloration s'est étendue à tout le tégument. Il m'a donc semblé que ce mode d'anesthésie était particulièrement toxique pour la cellule hépatique, et comme je ne vois aucun avantage qui contre-balance ce grave inconvénient, je n'emploie pas l'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme.

J'arrive à la manière de surveiller les effets du chloroforme sur le malade anesthésié. M. Championnière est d'avis qu'on peut négliger la circulation pour surveiller exclusivement la respiration. Il nous a dit que lorsqu'un aide lui paraissait incapable de surveiller à la fois les mouvements respiratoires et le pouls, il lui donnait l'ordre de ne pas s'occuper de ce dernier. Si un aide me déclarait que sa faculté d'attention est si limitée qu'il lui est

impossible d'observer à la fois les mouvements du thorax et les battements des artères, je lui répondrais : « Mon ami, vous ne donnerez jamais le chloroforme sous ma responsabilité », car j'exige d'un chloroformisateur qu'il surveille non seulement la respiration, non seulement la circulation, mais encore la pupille.

La circulation doit, à mon avis, être surveillée à l'égal de la respiration, car ce sont les accidents cardiaques qui sont de beaucoup les plus redoutables.

L'arrêt de la respiration sans arrêt du cœur, la syncope respiratoire sans syncope cardiaque, n'est pas grave en général. Quand un malade chloroformé cesse de respirer, j'explore ou je fais immédiatement explorer une artère ; si le pouls est bon, je prends le temps de protéger la plaie par des compresses stérilisées avant de faire la respiration artificielle, et je n'ai jamais perdu un malade dans ces conditions.

Au contraire, quand le cœur s'arrête le premier — et parfois la respiration continue pendant quelques instants après que le cœur a cessé de battre — alors le danger est terrible.

La surveillance de la circulation n'est d'ailleurs pas aussi difficile qu'on a semblé le dire. On trouve en général dans la région cervico-faciale une artère — la temporale, la carotide — dont les pulsations sont perceptibles et que la main peut explorer de temps en temps sans lâcher la compresse.

Il ne suffit pas de constater l'existence des pulsations ni leur fréquence, il faut encore apprécier leur intensité, qui donne la mesure de la tension artérielle. On tire de là les renseignements les plus précieux, les plus indispensables sur la conduite de l'anesthésie, sur la quantité de chloroforme qu'il faut administrer.

Le chloroformisateur doit encore examiner fréquemment la pupille ; il doit y lire à quel degré d'anesthésie est arrivé son malade. Tout le monde sait que sous l'influence du chloroforme la pupille se contracte. Lorsque le malade a passé la période d'agitation, il n'est pas besoin de lui chatouiller la cornée pour savoir si l'on peut commencer l'opération, il suffit d'examiner la pupille, et lorsqu'elle est contractée sous la paupière baissée, c'est-à-dire dans une obscurité relative, on peut être certain que l'anesthésie est complète.

Puis on doit répéter de temps en temps l'examen de la pupille. Parfois elle se dilate et rapidement, alors même que la paupière est relevée. Pour savoir quelle est la signification de cette brusque dilatation, il faut explorer le réflexe cornéen. Si le réflexe a réapparu, la dilatation n'a pas de signification grave, c'est tout simplement que le malade se réveille et va vomir. Au contraire,

si l'insensibilité est restée complète malgré que la pupille se dilate rapidement, c'est que le cœur s'arrête ou même qu'il est déjà arrêté, et le danger est effroyable.

En somme, j'estime que la surveillance du pouls et de la pupille a autant d'importance que celle de la respiration.

M. Routier. — Depuis que j'ai donné le chloroforme moi-même ou que je l'ai fait administrer sous ma direction, je n'ai eu à déplorer qu'un cas de mort; j'estime que c'est encore trop.

Dans ce cas malheureux, c'est un de mes élèves qui donnait le chloroforme; j'en revendique d'autant plus haut la responsabilité, car pour des raisons que vous me permettrez de ne pas développer ici, j'estime qu'il y a eu certainement une faute de la part du chloroformisateur.

Je suis en effet de ceux qui croient que le mode d'administration tient une large part dans la production des accidents causés par le chloroforme.

A l'état de pureté idéale, le chloroforme reste néanmoins le plus puissant des médicaments que nous employons; l'anesthésie parfaite qu'il produit, l'abolition totale de la volonté et de la conscience; son action directe sur le cerveau si puissante, puisque « la narcose, a dit Fleischl, produit une paralysie temporaire de l'écorce cérébrale qui ne réagit plus électriquement »; tout cela trouble l'économie de notre organisme à un tel point que, s'il faut s'étonner d'une chose, c'est, ce me semble, du nombre restreint des morts causées par ce médicament eu égard au nombre de cas où il est employé.

Ce que je dis du chloroforme est en tous points applicable à l'éther.

J'ai une moindre expérience de cet anesthésique.

Cependant, poussé par un de mes internes, j'ai expérimenté l'éther une année durant; ayant fait une partie de ses études en Suisse, cet interne maniait parfaitement l'éther; lui seul ou à peu près obtenait avec lui l'anesthésie parfaite, mais son habileté n'empêcha pas plusieurs congestions pulmonaires consécutives, et comme, d'autre part, il fallait choisir les sujets, en faire une sélection pour leur donner de l'éther, qui ne convenait pas à tous, je suis redevenu fidèle au chloroforme.

En 1887, sous l'influence des idées régnantes, et dans le but surtout de supprimer les vomissements dus au chloroforme, j'ai essayé les injections atropo-morphiques précédant l'anesthésie chloroformique; mais la pratique m'ayant démontré leur inutilité, j'ai bientôt cessé de soumettre mes malades à trois poisons à la fois, et suis revenu au chloroforme tout simplement.

Mes connaissances en chimie étant des plus élémentaires, comme mes collègues, j'ai à plusieurs reprises eu recours aux lumières des chimistes les plus autorisés, croyant comme eux que le chloroforme devait être impur ; or, les chimistes n'admettent pas facilement cette impureté; j'ai été très frappé surtout par une conversation récente que j'ai eue avec notre pharmacien en chef de Necker : « Je ne sais vraiment pas, me disait-il, quel est le corps toxique qui pourrait bien se développer dans le chloroforme tel que nous vous le livrons. »

Et je ne puis cependant m'empêcher de reconnaître que le chloroforme que j'emploie à la ville est beaucoup plus régulier dans ses effets que celui qu'on me fournit à l'hôpital.

Il est certain qu'il serait bien commode, quand on a à déplorer un accident, de pouvoir dire que le chloroforme était altéré, qu'il était toxique ; encore faudrait-il, dans cette affirmation, être appuyé par les chimistes ; il est regrettable de constater qu'ils nous refusent leur appui précieux.

On a parlé de l'influence des récipients ; le verre bleu, a-t-on dit ici, serait le plus néfaste. Or je me sers en ville couramment d'un chloroforme qui nous est livré dans des flacons bleus ; son action m'a toujours paru constante ; il endort un peu moins rapidement que tel autre chloroforme dont je me sers aussi souvent et qui est livré dans des flacons jaunes, mais son effet est aussi sûr.

A l'hôpital aussi j'ai eu par moments du chloroforme qui endormait lentement, mais avec lequel, malgré d'énormes doses, on n'arrivait pas à la résolution complète.

Je l'ai donné à analyser : on m'a répondu qu'il était parfait.

A l'hôpital, encore et presque exclusivement à l'hôpital, je dois le dire, j'ai observé par séries des accidents de bronchorrhée pendant l'anesthésie.

J'avais cru faire une découverte à ce sujet, car j'avais remarqué qu'alors le chloroforme tachait la compresse ordinaire d'hôpital dont je me sers exclusivement pour l'anesthésie.

J'ai encore donné ce chloroforme à analyser : il était encore irréprochable ; la tache de la compresse était due à la façon dont elle avait été lessivée.

Ce sont toutes ces considérations qui m'ont amené à croire que le mode d'administration jouait un rôle principal.

Comme la plupart des chirurgiens, je crois que le gros accident du chloroforme, celui qui le plus souvent donne la mort, doit être la syncope cardiaque ; mais je ne voudrais pas laisser croire pour cela que je redoute le chloroforme chez les cardiaques. Je ne saurais trop protester contre cette opinion trop répandue et que j'ai été fort surpris de voir soutenir à cette tribune par un de nos

collègues, à savoir que les cardiaques supportent mal le chloroforme.

Depuis longtemps déjà, et par le fait de mon observation personnelle, j'avais cette opinion très ferme que les cardiaques supportent bien le chloroforme, à tel point que je refusais d'ausculter le cœur de mes malades avant de les endormir.

J'ai été fort heureux de voir cette opinion professée par mon collègue de Necker, M. le Dr Huchard, dont la compétence en fait de cardiopathies fait autorité.

Peu de temps après sa venue dans cet hôpital, je me souviens que le premier malade que me confia M. le Dr Huchard à Necker était un jeune homme de dix-neuf ans, atteint d'appendicite, mais qui avait en même temps une insuffisance aortique telle qu'on entendait son souffle à distance. Ce garçon supporta parfaitement le chloroforme et guérit de son appendicite.

Or, s'il est une maladie du cœur sujette à caution, c'est bien celle-là.

L'asystolie, la dyspnée cardiaque sont, pour M. Huchard et pour moi, les deux seules contre-indications du chloroforme chez les cardiaques.

Imbu toujours de cette idée que le mode d'administration est capital, je vais peut-être vous étonner en disant que je ne tiens nullement à un chloroformisateur spécialiste et attitré. En voici la raison : je craindrais que, plein de son talent réel ou illusoire, ce spécialiste n'admît de ma part aucune observation, ou tout au moins qu'il n'en tînt guère compte, ce qui ne m'empêcherait pas de partager avec lui toute la responsabilité ; quand je dis partager, ce n'est même pas exact, car le jour où il y aurait une mort dans ces conditions, c'est le Dr Routier qui l'endosserait tout entière.

Puisque je suis responsable, je préfère confier cette besogne ingrate de l'anesthésie à un élève à qui je m'efforce de faire comprendre toute l'importance de son rôle, et auquel je ne ménage pas mes observations.

Avant d'être chef d'un service, c'est un de mes amis, médecin doublé d'un histologiste distingué, qui chloroformait mes malades ; depuis, les circonstances ont changé ; depuis mon entrée à Necker notamment, j'ai deux internes et six externes : c'est toujours un externe qui donne le chloroforme.

A l'hôpital comme en ville, j'emploie fort peu d'aides ; un seul me suffit d'habitude, je ne dépasse jamais deux.

Dans les deux cas, un de mes internes m'aide directement, et, comme moi, touche au malade ; c'est toujours un externe qui donne le chloroforme, et un autre externe qui fait le second aide,

son rôle se bornant du reste à passer au premier les compresses aseptiques, et surtout les fils à ligature, le catgut dont je me sers exclusivement.

Il est certain que chaque année, au renouvellement du personnel, il y a quelques mauvais jours à passer pour moi : une ou deux semaines au plus; mais je dirai presque que c'est un bien, tant pour ce qu'y gagnent les élèves que j'instruis, que pour l'obligation qui s'impose à moi de redoubler d'attention pour refaire cet enseignement.

Bien que redoutant, comme je vous l'ai dit, la syncope cardiaque comme l'accident le plus grave, je ne considère pas le pouls comme la chose la plus importante à surveiller, surtout parce que sa surveillance me paraît des plus difficiles et souvent illusoire ; quand on tâte le pouls quinze, vingt, trente, quarante minutes, le sens du tact s'émousse, on sent son propre pouls, non plus celui du malade, et quand on vous dit que le pouls ne bat plus, il est souvent trop tard.

La respiration est pour moi bien plus importante; je ne cesse de répéter à mes élèves : « Ne perdez pas de vue le thorax du malade, n'oubliez pas surtout d'écouter respirer le malade, la respiration doit se faire librement ».

Bien souvent, en effet, le malade continue à faire des mouvements d'inspiration et d'expiration, mais rien n'entre dans son thorax, et l'asphyxie se produit progressivement.

On peut y parer, c'est vrai, en tirant la langue avec une pince. C'est pour moi un moyen de nécessité, non d'usage courant ; si on sait s'y prendre, on arrive au même résultat en soulevant les angles de la mâchoire inférieure.

J'ose dire que tant que la respiration est régulière, large, ample, on n'a guère à craindre la syncope.

L'inspection de la pupille me paraît aussi de premier ordre, c'est pour moi l'indice de saturation par le chloroforme quand elle se dilate.

Je considère toujours la chloroformisation comme un des actes les plus importants de l'opération ; j'assiste toujours au début, j'encourage mon malade, je lui explique comment on va procéder, ce qu'il va sentir ; je lui recommande de bien respirer, de ne penser qu'à bien régulariser sa respiration, de faire bien régulièment de larges inspirations.

Je ne fais pas parler les malades, je ne permets pas qu'on parle autour d'eux, et jusqu'à ce que la perte de connaissance arrive je ne cesse de leur répéter : « Soufflez, respirez bien, qu'on vous entende ».

Il faut bien avouer que, malgré toutes ces recommandations, si

on trouve des élèves qui, d'emblée, arrivent à donner le chloroforme parfaitement, il en est d'autres qui jamais n'arrivent à le donner convenablement ; il y a là une question de doigté que tous n'acquièrent pas, c'est certain.

Comme tout le monde, j'ai eu des alertes au cours de mes opérations ; d'après ce que j'ai pu observer, il est le plus souvent difficile de savoir exactement ce qui s'est passé ; mais je suis toujours tenté de croire qu'il y a eu quelque négligence commise par le chloroformisateur ; il s'est le plus souvent relâché dans sa surveillance.

La respiration se sera progressivement suspendue, ou il aura négligé l'inspection de la pupille ; gare si elle se dilate !

Je l'ai toujours vue dilatée pendant les alertes, mais en pratiquant la respiration artificielle, qui me paraît encore le meilleur moyen pour parer aux accidents, on voit peu à peu la pupille se resserrer, et la vie revient comme si le malade expulsait l'excès de poison.

Il faut donner le chloroforme à petites doses, d'une façon continue, ainsi que l'a enseigné M. Labbé, et que l'a écrit P. Boncour ; chez les enfants, chez les malades trop récalcitrants, cependant, je ne crains pas de commencer comme me l'a appris autrefois de Saint-Germain, par une dose massive ; mais alors j'opère moi-même, et j'ai bien soin de laisser le malade, ainsi endormi brusquement, faire plusieurs respirations à l'air libre, avant de recommencer à lui faire respirer du chloroforme, afin qu'il élimine l'excès d'anesthésique dont je l'ai saturé.

Je ne saurais parler de chiffres et vous indiquer exactement le nombre de chloroformisations que j'ai pratiquées depuis vingt ans ; je les crois très nombreuses.

Ai-je été simplement heureux ? ou dois-je mes bons résultats aux soins que je prends et que je viens de vous indiquer sommairement ? Je vous laisse conclure.

M. Richelot. — J'avais posé, dans notre séance du 15 janvier, une question sur un mode spécial d'anesthésie : le chloroforme précédé de quelques inhalations de bromure d'éthyle. Les réponses qui m'ont été faites me mettent en demeure de reprendre la parole.

Je n'ai pas dit, comme nos collègues le pensent, que ce mode d'anesthésie me donne une « quiétude parfaite », une « sécurité absolue ». J'ai dit : « la sécurité la plus complète qu'on puisse rêver en pareille matière » ; ce n'est pas du tout l'équivalent. J'estime, au contraire, que l'anesthésie est et sera toujours périlleuse, et je me reporte aux paroles éloquentes prononcées jadis

par Trélat dans une discussion académique : le danger, disait-il en un langage que je ne saurais reproduire, est inhérent à l'anesthésie elle-même. C'est elle qui, en suspendant les fonctions animales et ne laissant vivre, pour ainsi dire, qu'une moitié de l'individu, le conduit au bord de l'abîme ; un rien peut l'y pousser, aucun procédé ne peut faire que son existence ne tienne à un fil.

Cela posé, il y a cependant moyen de faire l'anesthésie avec un minimum de péril. Le bromure d'éthyle y pourvoit, parce qu'il engourdit la muqueuse et la rend immédiatement tolérante ; et, comme les accidents réflexes du début sont les plus fréquents et les plus terribles, ceux que nulle habileté ne prévient et que nulle manœuvre ne conjure, il est précieux d'avoir un procédé qui généralement les supprime, de la façon que j'ai dite et sur laquelle je reviendrai tout à l'heure, puisque vous en doutez.

Restent naturellement les dangers qui viennent du mauvais chloroforme, grosse question dans laquelle je ne veux pas entrer. Restent encore les maladresses que peut faire un aide inexpérimenté au cours de l'anesthésie, les à-coups, le manque de doigté ; et c'est là, quand la période de début est franchie, la véritable cause des malheurs dont nous endossons la responsabilité, quoiqu'ils n'arrivent jamais entre nos mains. Il est bien évident que je n'ai pas fait allusion à cet ordre de faits, quand j'ai prétendu que le bromure d'éthyle servait à quelque chose ; il est bien évident que, le malade endormi et le bromure éloigné, il est toujours possible d'empoisonner son malade.

J'ai dit que, depuis une très longue période, grâce au bromure d'éthyle, je n'avais pas vu d'accidents. M. Morestin, mon assistant, m'a rappelé qu'il avait opéré dans mon service, il y a quelques années, une jeune femme très épuisée par des tuberculoses multiples ; il s'agissait d'enlever un paquet de ganglions axillaires suppurés ; l'opération entièrement finie, la malade faiblit tout à coup et mourut dans les dix minutes qui suivirent. Le lendemain, en apprenant la nouvelle, je contestai qu'il s'agît, purement et simplement, d'une mort par le chloroforme. Ne jouons pas sur les mots : dans ces cas fort exceptionnels, mais que nous connaissons tous, il faut bien admettre qu'à l'épuisement du malade, à ses tares organiques, à la durée de l'opération, s'ajoute l'influence du chloroforme, et qu'il a sa part dans l'issue fatale. Mais il ne s'agit pas là, à proprement parler, d'un accident de la chloroformisation ; il n'y a eu ni réflexe brutal, ni dose immodérée, ni fausse manœuvre ; rien ne peut empêcher l'anesthésie la mieux conduite de donner le coup de grâce à un mourant ; je n'ai pu dire, en tous cas, ni penser que des inhalations destinées à engourdir la muqueuse au début de l'anesthésie auraient

quelque influence sur la résistance vitale des cachectiques, et empêcheraient ces morts retardées.

A la vérité, c'est d'une mort au début que nous a parlé M. Guinard, et d'une mort par le bromure lui-même. Je pourrais me borner à lui répondre qu'il s'agit là d'un cas des plus rares, que la sécurité n'est pas absolue, sans doute, mais qu'elle est déjà bien grande et que je m'en contente. Je pourrais saisir la perche qu'il me tend, et accuser, comme lui, la lésion cardiaque ; mais je m'en garderai bien, car ici M. Guinard ferait fausse route, s'il était trop affirmatif. Nous avons tous vu, cent fois pour une, que les lésions mitrales compensées ne rendent jamais l'anesthésie dangereuse. Je préfère serrer la qnestion de plus près, et tâcher de vous faire mieux connaître le procédé dont j'ai parlé, puisqu'il est généralement ignoré ou mal compris.

J'ai vu donner le bromure d'éthyle de bien des manières, par des élèves auxquels je l'enseignais, ou qui le connaissaient d'ailleurs. Les uns mettaient sur la compresse quelques gouttes à peine, la muqueuse n'en était pas modifiée et le chloroforme agissait comme à l'ordinaire; d'autres, plus nombreux, confiants dans l'innocuité du bromure, le versaient *larga manu*, étouffaient le malade par une dose énorme, le faisaient réagir, et créaient l'excitation qu'ils voulaient empêcher; d'autres endormaient avec le bromure et passaient trop tard au chloroforme. J'ignore ce qui fut fait chez les malades qu'on m'a cités; peut-être M. Guinard eût-il dû modérer la « prédilection marquée » de son interne, lui apprendre qu'on ne doit pas endormir, c'est-à-dire asphyxier un malade avec le bromure d'éthyle, et qu'il est très facile d'éviter « cette congestion violacée de la face » déjà si peu récréative chez un enfant qu'on étourdit pendant quelques instants pour lui gratter le pharynx. Pour mon compte, j'ai toujours vu les règles bien observées donner, sans émotion pour personne, l'anesthésie la plus régulière, et les plus parfaits résultats. Si l'on arrive au même but avec le chlorure d'éthyle, je suis prêt à lui rendre hommage; mais pourquoi M. Guinard prend-il tant de soins pour diminuer l'importance de ce qu'il fait? S'il donne du chlorure d'éthyle à ses malades, c'est apparemment qu'il y trouve des avantages; pourquoi sa pudeur s'effarouche-t-elle à la pensée qu'on insiste sur un procédé analogue, et qu'on le recommande comme étant plus sûr que le procédé courant ?

Ici, je répondrai à M. Delbet, qui a vu dans mon service, alors qu'il me remplaçait, l'anesthésie par le chloroforme ne pas toujours succéder régulièrement « à l'anesthésie par le bromure d'éthyle » : celui qui alors endormait vos malades avait la main bien lourde et connaissait bien peu la manœuvre, car jamais il

ne doit y avoir « anesthésie par le bromure d'éthyle ». Sans doute il les asphyxiait, comme je vais le dire tout à l'heure, et je comprends que vous n'ayez pas été séduit.

Quant à l'ictère qu'a vu M. Delbet, j'ignore ce que cela veut dire et je ne le vois jamais. C'est peut-être un accident du bromure donné à trop forte dose; peut-être aussi faut-il rappeler que le bromure d'éthyle est un corps plus instable que le chloroforme lui-même, et qu'après avoir débouché le flacon, il ne faut pas s'en servir une seconde fois. Si le même bromure est utilisé le lendemain, il est au moins irritant pour les bronches. A-t-il d'autres dangers? La faute a-t-elle été commise sous la juridiction de M. Delbet? Je l'ignore et je passe.

Voici, en deux mots, les règles qu'il s'agit d'observer. Abordez le malade avec douceur, commencez par une dose moyenne, sans l'effrayer ni l'étouffer ; puis, comme le bromure ne pique pas la muqueuse et est immédiatement toléré, versez plus largement, mais laissez un peu d'air. Parlez-lui, jusqu'au moment où la réponse devient lente, et, à ce moment précis, passez au chloroforme ; s'il ne répond plus, vous avez trop tardé. *Surtout, n'endormez jamais avec le bromure d'éthyle*, — nous parlons des adultes et des opérations longues, — et rappelez-vous que l'anesthésie complète avec le bromure est une mauvaise anesthésie, plus asphyxiante et plus dangereuse que celle du chloroforme. Il ne s'agit pas d'endormir le malade, il s'agit d'engourdir sa muqueuse pour l'empêcher de réagir. Et de fait, quand on s'y prend bien, le passage au chloroforme se fait sans qu'il en ait conscience ; il ne sent rien et s'endort en quelques instants. Il s'endort sans excitation, ou tout au moins cette période est courte et insignifiante ; toutes réserves faites quant aux alcooliques et aux grandes nerveuses, l'influence du bromure est ici remarquable et j'y insiste : la période d'excitation est toujours diminuée, très souvent elle est supprimée, et le sommeil arrive doucement, simplement. C'est alors que le bromure a fini son rôle, et que l'attention soutenue, la légèreté de main qui seules peuvent assurer un long sommeil, régulier et sans alertes, reviennent au premier plan.

J'ai été endormi par ce procédé. J'ai commandé la manœuvre : après quelques bouffées de bromure, j'ai senti ma pituitaire s'engourdir et j'ai dit : « Passez au chloroforme ». J'ai vu la substitution, car je ne dormais pas encore, et aussitôt j'ai perdu toute conscience ; le sommeil est venu d'un seul coup, sans que je fisse un mouvement.

M. Morestin a fait, de son côté, une expérience clinique intéressante : pendant les vacances de l'année dernière, il faisait deux services, le mien et celui d'un de nos collègues. Dans le mien,

les malades s'endormaient vite, facilement, sans crier ni se débattre ; dans l'autre, les anesthésies, faites par le seul chloroforme, étaient longues, tumultueuses et réveillaient en lui les appréhensions, les angoisses dont il est depuis longtemps déshabitué. La comparaison dura deux mois, et pendant deux mois le contraste lui parut frappant.

Peut-être m'accorderez-vous maintenant que j'ai des raisons pour vanter ce procédé et pour me croire assez bien garanti. Je n'ai pas et ne puis avoir de sécurité absolue, d'accord, mais je n'en vis pas moins, depuis une longue période, dans une tranquillité qui n'a rien d' « illusoire ». J'employais le bromure d'éthyle bien avant 1893, à l'instigation du Dr Poitou-Duplessis, qui m'avait appris à m'en servir ; mais j'y avais recours seulement chez quelques malades, ceux qui m'inspiraient des craintes au point de vue de l'anesthésie. L'emploi général et systématique du procédé date pour moi de sept ou huit ans, pendant lesquels je n'ai pas eu le moindre malheur.

J'en causais tout récemment avec mon ancien élève et excellent ami le Dr Arrivot, qui presque toujours donne le chloroforme à mes malades de la ville, et qui me les endort avec 10, 15 ou 20 grammes, sans que nous ayons jamais vu ni accidents réflexes du début ni alertes quelconques. Et pour finir, je dis que la question a trois termes : je dis qu'une main délicate et sûre, un chloroforme récemment distillé sont nécessaires, mais ne suffisent pas toujours à prévenir les accidents les plus fréquents et les plus irrémédiables ; ajoutez-y un agent qui supprime les susdits réflexes, et la sécurité, je vous assure, n'est pas loin d'être absolue.

Rapport.

Exstrophie de la vessie. Abouchement des uretères dans la partie supérieure du rectum par le procédé de Maydl. Guérison, par le professeur Estor (de Montpellier).

Rapport de M. PICQUÉ.

Messieurs,

Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un cas d'exstrophie de la vessie qui vous a été adressé par le professeur Estor.

Voici d'abord le résumé de l'observation :

Michel A... est âgé de quinze mois. Son père et sa mère sont en

bonne santé. On ne trouve chez eux ni alcoolisme ni syphilis. La mère a eu une grossesse et un accouchement normaux.

Cet enfant a été présenté une première fois à M. Estor, en juin 1901, à l'âge de onze mois; il a tout d'abord refusé de l'opérer, le trouvant trop jeune; mais, en octobre de la même année, devant l'insistance des parents, il a cru ne pouvoir refuser plus longtemps une intervention chirurgicale.

Malgré l'infirmité dont il est atteint, Michel A... a conservé une bonne santé générale. Il a marché à onze mois et n'a jamais eu de maladie grave. Il n'est pas encore sevré.

Il présente à la partie inférieure et médiane de l'abdomen une tumeur de contour à peu près circulaire occupant presque tout l'espace compris entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Cette tumeur, de couleur rouge vif, à surface granuleuse, saigne au moindre contact. Hémisphérique, elle atteint environ les dimensions d'une petite pomme ; elle augmente de volume lorsque l'enfant pleure et fait des efforts. A sa partie inférieure, on trouve deux petits mamelons au niveau desquels s'ouvrent les uretères, qu'il est facile de cathétériser avec un stylet. Pénis et scrotum rudimentaires. Epispadias. Les testicules, descendus, sont très rapprochés des orifices inguinaux externes. Double hernie inguinale.

Il s'agit d'une exstrophie vésicale *complète.* Rejetant les procédés ordinaires, il se décide à employer la méthode de Maydl, qui supprime en même temps la vessie exstrophiée et l'incontinence d'urine.

Opération le 28 *octobre* 1901. — Anesthésie à l'éther. Une sonde urétérale est placée dans chaque uretère.

Premier temps. *Excision de la vessie exstrophiée.* — On fait sur la ligne médiane et immédiatement au-dessus de la vessie extrophiée une incision longue de trois centimètres, qui conduit dans la cavité péritonéale.

Le péritoine une fois ouvert, on introduit de haut en bas l'index de la main gauche dans la cavité péritonéale et l'on pratique avec des ciseaux, sur le doigt servant de conducteur, à droite et à gauche de la vessie, une incision courbe portant sur des limites extrêmes. Une troisième incision transversale, réunissant les deux extrémitésinférieures des incisions latérales, permet d'enlever toute la partie sus-urétérale de la vessie exstrophiée. La brèche ainsi obtenue est momentanément comblée avec des compresses aseptiques.

Deuxième temps. *Mobilisation des mamelons urétéraux et des uretères.* — Les mamelons urétéraux, déjà libérés en haut, sont libérés sur les côtés et en bas et rejetés vers la partie supérieure de la plaie. On ne les sépare pas l'un de l'autre. Ce temps est facilité par les sondes à demeure.

Troisième temps. *Recherche et incision du rectum.* — Incision médiane allant jusqu'à la symphyse pubienne (*ef*). Pour faciliter la découverte du rectum, on se guide sur le doigt d'un aide qui fait le toucher rectal. La partie supérieure du rectum, ainsi facilement trouvée, est assez aisément amenée à l'extérieur, puis entourée de compresses.

On l'incise alors transversalement, sur une longueur d'un centimètre et demi environ.

Quatrième temps. *Abouchement urétéral.* — Par cette ouverture, on fait passer les deux sondes urétérales et on abaisse peu à peu le moignon vésical portant les mamelons urétéraux qui arrive sans difficulté au contact de l'incision rectale. On suture alors le bord inférieur de ce moignon à grande dimension transversale par une suture vésico-muqueuse à la lèvre supérieure de l'incision rectale, puis le bord supérieur à la lèvre inférieure, et on termine par une suture séro-séreuse ne comprenant que la paroi rectale, et enfouissant le moignon urétéral dans la lumière du rectum.

Cinquième temps. *Suture de la paroi abdominale.* — Ce dernier temps est particulièrement pénible, par suite de la largeur de la perte de substance résultant de l'excision vésicale. On peut cependant arriver à fermer l'abdomen sans avoir recours aux méthodes autoplastiques, dans les trois quarts supérieurs de la plaie. Le quart inférieur est drainé.

Les sondes urétérales sont immédiatement retirées par l'anus.

Durée de l'opération, trente-cinq minutes. On injecte 400 grammes d'eau salée sous la peau.

Dans la soirée, l'urine s'écoule en quantité notable par l'anus. Les suites opératoires sont très simples.

L'écoulement de l'urine par l'anus n'est pas continu, il se produit chaque heure environ.

La guérison est parfaite le 13 novembre. La cicatrice paraît résistante.

Ce résultat opératoire fait honneur à notre distingué confrère et nous devons l'en féliciter.

Il a pu obtenir par ce procédé la suppression de la vessie en exstrophie (vessie douloureuse et infectée), en même temps que la guérison de l'incontinence.

Ce procédé, néanmoins, est-il le meilleur?

Quand la fissure vésicale n'est pas limitée à la partie inférieure et qu'il n'est pas possible d'obtenir la réparation systématique du canal et du col de la vessie, qui est l'opération idéale, à quel procédé convient-il de recourir?

Les procédés autoplastiques ont été justement abandonnés, en raison d'inconvénients multiples sur lesquels il n'est plus utile d'insister aujourd'hui.

La fistulisation urétéro-rectale de Simon expose trop les malades à l'infection secondaire du rein.

Le procédé de notre collègue Segond, qui consiste en une suture bord à bord, après dissection de la muqueuse, pour reformer une vessie extra-abdominale, est un excellent procédé qui n'a aucun des inconvénients des procédés précédents, mais qui n'a qu'un

défaut : c'est d'être impuissant contre l'incontinence d'urine.

Le procédé de Maydl, exécuté avec succès par Estor, constitue-t-il un progrès?

Certes, la persistance du sphincter urétéral met le malade relativement à l'abri de l'infection rénale et supprime l'incontinence. Mais il n'y a pas, sous ce rapport, une certitude absolue. La suture de la paroi abdominale est également difficile dans les cas où elle manque dans une certaine étendue, et j'avoue, pour ma part, que j'accorderai volontiers la préférence au procédé si ingénieux de notre collègue Segond, malgré l'inconvénient de faire porter au malade un appareil pour retenir les urines.

Quoi qu'il en soit, M. Estor, en exécutant avec succès ce procédé, a montré une grande habileté opératoire.

D'ailleurs, notre confrère de Montpellier n'est pas un inconnu pour nous. A diverses reprises, il nous a adressé des observations intéressantes. M. Estor occupe depuis longtemps déjà une chaire à la Faculté de Montpellier; il n'a pas dépendu de moi de vous présenter plus tôt ce rapport; notre président, malgré sa grande courtoisie, n'a pu m'accorder la parole en temps, mais je prie la Société de ne pas oublier, en lui envoyant nos remerciements, son nom au moment des élections prochaines pour le titre de membre correspondant national.

M. Poirier. — J'ai eu à soigner trois cas d'exstrophie complète de la vessie. Dans les trois cas j'ai employé un procédé qui consiste à refaire dans une première séance le gland et la verge par le procédé ordinaire, et à rabattre dans un second temps la moitié supérieure de la vessie sur la moitié inférieure. Par ce procédé, combinaison des procédés de Duplay et de Segond, j'ai obtenu de très beaux résultats immédiats, que je vous ai présentés. Je rappelle à ce propos que pour mettre mes sutures à l'abri de l'écoulement de l'urine, j'établissais le cathétérisme permanent des uretères, qui n'avait point encore été pratiqué.

J'ai eu l'occasion de revoir deux de mes opérés : les résultats m'ont semblé moins satisfaisants; outre que l'ébauche de vessie n'est point continente, les opérés ont eu à souffrir de fréquents dépôts phosphatiques qui ont provoqué de l'inflammation et la formation de fistules.

Aussi suis-je assez disposé à abandonner ces procédés, et à recourir à un abouchement anormal des uretères. Je suis surpris que Picqué n'ait point mentionné dans son rapport un procédé récent dont j'ai eu connaissance par un résumé, dans le *Progrès médical* du 5 février dernier. Dans ce procédé, qui appartient à Soubotine, de Saint-Pétersbourg, on abouche les uretères dans le

rectum, puis on taille dans celui-ci un conduit qui amène les urines au périnée par un trajet particulier. Je ne puis entrer dans les détails de ce procédé que je ne connais que par un résumé d'ailleurs fort bien fait; mais il m'a paru bien combiné, séduisant, en un mot, à essayer.

M. Quénu. — L'avenir de la thérapeutique de l'exstrophie vésicale me paraît être dans les procédés qui suppriment cette infirmité dégoûtante qu'est l'incontinence d'urine.

M. Picqué. — Je n'avais voulu, dans mon rapport, mettre trop en valeur les procédés de déviation des uretères dans le rectum, malgré la supériorité incontestable que présente le procédé exécuté par M. Estor sur celui de Simon, et c'est pourquoi j'avais conclu provisoirement à l'adoption du procédé de Segond adopté par plusieurs de nos collègues.

Quant au procédé russe dont a parlé M. Poirier, je n'en ai pas fait mention dans mon rapport parce que la description qui nous en a été donnée récemment m'a paru incomplète. Il s'agit, en tout cas, d'une technique opératoire très compliquée.

Présentations de malades.

Traumatisme de l'œil.

M. Delorme. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade qui a subi un traumatisme grave de l'œil et qui a guéri sans grand déficit fonctionnel.

Voulant corriger un cheval vicieux, ce cavalier asséna sur sa croupe un vigoureux coup de bridon ; renvoyé violemment contre son œil, le bridon le frappa et sépara la cornée de la sclérotique dans l'étendue de son tiers supérieur. L'iris fit hernie, la chambre antérieure se remplit de sang. Après quelques heures je vis le malade, j'excisai la portion d'iris herniée, débarrassai avec soin la chambre antérieure du sang qu'elle renfermait; ce malade a guéri aussi simplement qu'un opéré de cataracte ; son cristallin, sa rétine et sa choroïde n'ont pas subi d'atteinte et il a conservé la moitié environ de son acuité visuelle.

De la ponction lombaire comme moyen de traitement des accidents consécutifs aux fractures du crâne.

M. Rochard. — J'ai l'honneur de présenter à la Société deux malades atteints de fracture de la base du crâne ayant laissé à leur suite des maux de tête excessivement violents, et qui ont été guéris par la ponction lombaire.

Le premier vous a déjà été mentionné par moi dans une communication précédente; il a eu deux ponctions lombaires qui ont définitivement fait cesser une céphalée intense que rien ne pouvait combattre.

Le second a subi huit ponctions lombaires, et dans certaines d'entre elles, le liquide céphalo-rachidien évacué a été de 41 centimètres cubes; les douleurs frontales et occipitales ont aujourd'hui complètement cessé; et de plus, je pense que les ponctions, en évacuant une certaine quantité de sang contenu dans les méninges, n'ont pas été indifférentes au prompt rétablissement des fonctions cérébrales, qui avaient été fortement atteintes par un traumatisme assez violent pour produire une amaurose complète du côté droit.

Voici du reste l'observation de ce malade.

Fracture de la base du crâne, avec coma, diminution prolongée des facultés intellectuelles, céphalée intense. Traitement par les ponctions lombaires. Guérison. Observation recueillie par M. Lemaitre, interne du service.

Le nommé G. G..., âgé de cinquante ans, maçon, entre, le 31 décembre 1901, à l'hospice d'Ivry.

Le 31 décembre 1901, le blessé tombe d'un deuxième étage, et est amené dans le coma à l'hôpital. A ce moment on note :

1° Une plaie longue de 12 à 14 centimètres, s'étendant sur la région pariétale gauche; cette plaie anfractueuse comprend tous les tissus mous. On voit l'os dénudé et fissuré.

2° Une plaie longue de quatre centimètres, de la région frontale et sourcilière droite.

3° Une autre petite plaie du sourcil gauche.

4° Une déchirure de la cloison du nez.

5° Une hémarthrose du genou.

Immédiatement le malade est porté à la salle d'opération.

Les plaies sont soigneusement lavées, désinfectées, les cheveux rasés On suture la plaie du cuir chevelu en laissant un petit drain.

Pendant le pansement, le malade semble se réveiller; il se plaint tantôt en allemand, tantôt en français, mais prononce des mots incohérents.

Aussitôt après le pansement : *Première ponction*, le 31 décembre 1901. — On retire 4 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien absolument rouge et qui laisse déposer, par centrifugation, un gros caillot;

Deuxième ponction, le 3 janvier 1902. — Le liquide céphalo-rachidien a la coloration de l'urine foncée; le sang est en moindre quantité. On retire 8 centimètres cubes de liquide; il s'ensuit un léger soulagement de la céphalée.

Le pansement est refait; le drain enlevé, la plaie est en parfait état.

L'état du malade reste stationnaire jusqu'au 7 janvier. A ce moment, on enlève les crins; la plaie est cicatrisée. Mais le lendemain le malade se plaint que sa céphalée a considérablement augmenté.

La douleur siège dans les régions frontale et occipitale. Le malade répond mal aux questions qu'on lui pose.

Troisième ponction, le 8 janvier. — On retire 30 centimètres cubes de liquide couleur urine claire; le sang a notablement diminué; le liquide sort par jet; le malade se sent très soulagé de sa douleur frontale; mais la douleur de la région occipitale est restée aussi violente.

Toutefois, le blessé reprend ses souvenirs, est moins hébété; l'état semble s'améliorer jusqu'au 14 janvier; à ce moment, la céphalée est revenue, elle est intense.

Quatrième ponction, le 15 janvier. — Le liquide sort en jet; il est encore moins coloré; mais on retrouve encore un petit caillot par la centrifugation. On retire 42 centimètres cubes jusqu'à ce que le malade *accuse de lui-même un soulagement très net.*

La nuit du 15 au 16 et la journée du 16 sont bonnes : l'intelligence est revenue, peu de céphalée; dans la nuit du 16 au 17, la céphalée revient.

Cinquième ponction, le 17 janvier. — On retire 41 centimètres cubes d'un liquide très peu coloré; on cesse quand le malade *accuse un soulagement* net; pas de sang, après centrifugation.

Sixième ponction, le 21 janvier. — On retire 35 centimètres cubes de liquide limpide redevenu normal comme coloration; pas de sang à la centrifugation. Soulagement de la céphalée. *Le malade a encore de lui-même* décidé le *moment d'enlever l'aiguille.*

Septième ponction, le 26 janvier. — Le malade, après trois jours de bien-être, a vu revenir sa céphalée, et de lui-même, le 26 au matin, *il réclame sa ponction*. On retire 20 centimètres cubes. On cesse au commandement du blessé.

Huitième ponction, le 2 février. — Le malade, dont la céphalée est revenue depuis le 31 janvier, *réclame à la contre-visite sa ponction.* On retire une quantité de liquide qui n'a pas été évaluée, mais qui a été considérable. On a cessé à son commandement.

Depuis, la céphalée est totalement disparue.

On note en outre à l'examen du malade une *amaurose complète de l'œil droit*, et du strabisme interne dû à la paralysie totale du moteur oculaire externe droit. Ces troubles n'ont été constatés que quelques jours après l'accident; pas d'anosmie.

M. Gérard Marchant. — J'ai été séduit tout de suite par ce nouveau moyen, la ponction lombaire, qui nous permet de diagnostiquer, à la minute, une fracture du crâne, avant que les *ecchymoses*, les *écoulements* de liquide céphalo-rachidien nous révèlent cette lésion. Aussi, après MM. Tuffier, Rochard, ai-je recherché la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien retiré par la ponction lombaire.

Et voici deux observations, la première remise par mon interne M. Petit, la seconde, par M. Caubet, bien significatives, à ce sujet.

Obs. I. — Le nommé P... (Michel), âgé de quarante et un ans, électricien, est amené le 6 février 1902 à l'hôpital Boucicaut. Il est tombé, il y a une demi-heure environ, d'une hauteur de 3 mètres sur la tête. Il est resté à terre sans connaissance, mais, arrivé à l'hôpital, il s'est remis et peut donner quelques renseignements.

Il présente une plaie contuse, très superficielle, à la région fronto-pariétale droite.

A la palpation, on ne constate aucune déformation du crâne en ce point ni ailleurs, mais la pression réveille une douleur vive à la région temporale droite; douleur également quand on lui fait contracter fortement la mâchoire. Pas de paralysie faciale ni oculaire.

Le malade se plaint seulement de souffrir d'un violent mal de tête, surtout du côté droit.

Pouls un peu irrégulier à 72. Pas de température, rien dans les urines.

Ponction lombaire, faite trois heures après l'accident. Il s'écoule goutte à goutte par l'aiguille du liquide céphalo-rachidien d'une couleur gris rosé comme du vin de Champagne. Cette coloration est la même dans les trois tubes. On en retire environ 6 centimètres cubes.

Dans l'après-midi, il survient quelques vomissements alimentaires. La céphalalgie n'a pas diminué.

Le lendemain, par repos, le liquide céphalo-rachidien est redevenu clair et il s'est fait un petit dépôt rouge sang au fond des trois tubes.

Les jours suivants, la situation se maintient satisfaisante; seule, la céphalalgie persiste.

Le 9 février. Quatre jours après l'accident, on fait une seconde ponction lombaire. Il s'écoule très lentement, goutte à goutte, du liquide absolument semblable au premier, le même dans les trois tubes, et qui donne le lendemain, par repos, un petit dépôt rouge sang. On en a retiré 6 centimètres cubes.

Cette ponction n'amène point de diminution dans le mal de tête dont souffre toujours le malade.

Le 13 février. — L'état reste satisfaisant, sans fièvre, sans accidents d'aucune sorte; seule, la céphalalgie persiste.

Obs. II. — Étant en état d'ivresse, le malade est tombé du haut de sa voiture. On ne peut avoir de renseignement absolument précis : ou bien il est tombé sur la tête, ou bien la roue de la voiture a passé

sur sa tête. La première hypothèse semble la plus vraisemblable.

Il entre à Boucicaut le 4 janvier, à 8 h. 1/2 du soir.

Examen à l'entrée. — La perte de connaissance n'est pas complète. Le malade présente un écoulement de sang, très abondant, persistant, par le conduit auditif externe du côté gauche ; un écoulement de sang peu abondant par la narine gauche ; des ecchymoses très accentuées sur les paupières supérieures et inférieures du côté gauche.

On constate, enfin, au niveau de la région frontale gauche, une plaie contuse de la largeur de la paume de la main, plaie contuse très superficielle au niveau de laquelle le gravier est à peine imprimé : il est peu probable que ce soit la trace du passage de la roue d'une voiture.

Pendant la nuit du 4 au 5 janvier, le malade vomit les boissons qu'on lui fait prendre. La perte de connaissance s'accentue et devient complète. Le malade est agité pendant la nuit.

Le 5 janvier, le blessé a repris connaissance depuis 6 heures du matin.

L'écoulement de sang, par le conduit auditif externe, a beaucoup diminué, mais persiste encore ; on avait appliqué la veille un pansement iodoformé, que l'on renouvelle. L'écoulement de sang par la narine a cessé complètement.

On constate une paralysie faciale du côté gauche : les traits sont tirés du côté droit, la fente buccale est en point d'exclamation, etc...

Les vomissements ont complètement cessé.

Le malade avale de travers quand il boit.

Il n'y a pas d'ecchymose sous-conjonctivale ; les ecchymoses palpébrales persistent avec la même netteté.

L'état général est satisfaisant ; le blessé répond bien aux questions qu'on lui pose. Il se plaint seulement d'une céphalée intense. Il n'y a pas de fièvre (température rectale : 37 degrés). Le pouls, bien frappé, bat 120 à la minute.

On pratique une *ponction lombaire*, et l'on retire dans trois tubes différents trois échantillons de liquide céphalo-rachidien ; le liquide est, dans les trois tubes, également et très fortement teinté de sang. *Il n'y a dans les urines ni sucre ni albumine.*

Le 6 janvier, l'état général reste satisfaisant. La céphalée persiste ; il ne semble pas que la ponction lombaire l'ait calmée. La nuit a été encore un peu agitée.

L'écoulement de sang par l'oreille gauche a cessé.

La paralysie faciale persiste.

Il y a une ecchymose sous-conjonctivale très foncée : elle occupe le champ inférieur et externe de la conjonctive, sur l'œil gauche.

Le malade avale toujours un peu de travers les boissons. Température : 37°1. Pouls : 120.

Le 7 janvier la céphalée a beaucoup diminué ; l'état général s'améliore sensiblement.

La nuit a été plus calme.

La paralysie faciale persiste.

L'ecchymose sous-conjonctivale persiste.

Le malade avale moins de travers.

Température : 37°1 ; pouls : 80.

Le 8 janvier l'état général va s'améliorant ; la céphalée a disparu. Le malade a passé une nuit calme, et a bien dormi.

La paralysie faciale persiste avec la même netteté.

Le malade n'avale plus les liquides de travers.

L'ecchymose sous-conjonctivale a très légèrement pâli.

Température : 37°1 ; pouls : 72.

Les jours suivants, l'état général s'améliore rapidement, et l'on permet au malade de manger. Il sort le 28 janvier, guéri, présentant encore sa paralysie faciale ; son ecchymose sous-conjonctivale persiste encore, mais très atténuée.

La veille de sa sortie (27 janvier au matin), on pratique une seconde ponction lombaire ; on retire, dans les trois tubes, du liquide céphalorachidien absolument limpide.

Le malade est revu le 13 février 1902. Il se porte bien, mais la paralysie faciale persiste.

Chez le sujet de l'observation II la fracture du crâne n'est pas douteuse, et la paralysie faciale et l'ecchymose sous-conjonctivale sont des éléments diagnostiques non contestables.

Mais le sujet de l'observation I n'a peut-être qu'un foyer de contusion cérébrale, car il n'a eu aucun des signes habituels des fractures du crâne.

Ces observations sont *moins* démonstratives au point de vue de la valeur curatrice de la ponction lombaire dans les céphalées qui accompagnent ces traumatismes du crâne. Mais que d'inconnues encore ! A quel moment cette action thérapeutique commence-t-elle ? Quelle quantité de liquide faut-il soustraire pour obtenir cette sédation de la céphalalgie ? toutes questions que l'expérience résoudra bientôt.

Je désire enfin vous communiquer une observation qui prouve que le cerveau peut être traversé par une balle, après déchirure de la dure-mère, sans que la ponction lombaire décèle par la présence du sang cette pénétration. Peut-on objecter que cette ponction a été faite au *septième jour seulement*, c'est-à-dire trop tard ?

Voici ce fait.

Obs. III. — La malade est une femme de vingt-huit ans, amenée à l'hôpital Boucicaut, le 7 décembre 1901 ; elle s'est tiré cette nuit une balle de revolver dans la tempe droite. Elle a perdu connaissance ; il y a eu une légère hémorragie et issue de matière cérébrale par la plaie.

Sous anesthésie, on débride la plaie, on agrandit les bords de l'orifice osseux, on arrive jusqu'à la substance cérébrale qui bat, mais on ne trouve pas trace de la balle. Drainage.

Les jours suivants, l'état devient plus satisfaisant ; la température, qui fut d'abord à 39 degrés, retombe à la normale.

Le 14 décembre (sept jours après l'accident), on pratique une ponction lombaire, qui donne trois tubes de liquide céphalo-rachidien, transparent, citrin; les trois échantillons sont identiques.

La situation fut bonne jusqu'au 17 décembre. A cette date, la température remonte brusquement à 40°3, avec des périodes d'agitation violente alternant avec des périodes de coma.

Mort le 18 décembre, dans le coma.

A l'autopsie, on trouve l'hémisphère cérébral droit normal, tandis que le gauche est très congestionné, diffluent, et que sa surface est parcourue par des traînées de pus jaune-vert.

On constate que le projectile, entré par la région temporale droite, a traversé de part en part les lobes frontaux droit et gauche, près de leur face inférieure, se dirigeant de droite à gauche, un peu de bas en haut et d'avant en arrière.

Arrivée sur la face endocranienne du temporal gauche, la balle a ricoché sur l'os, se dirigeant en arrière, et est rentrée dans l'hémisphère gauche. Elle y a décrit un second trajet curviligne, à concavité dirigée à gauche, oblique en bas et en arrière. On trouve enfin le projectile très déformé à la surface du lobe occipital gauche. La continuité des deux trajets était rétablie par une déchirure ovalaire de la dure-mère.

Les autres parties du cerveau sont saines, les ventricules n'ont pas été touchés par la balle et ne renferment pas de sang.

M. Schwartz. — J'ai eu l'occasion de faire une ponction lombaire pour confirmer l'existence d'une fracture de la base du crâne. Le liquide était sanguinolent. Huit jours après, le malade se plaignant de céphalée intense, ayant de la fièvre (38 degrés), je fais une nouvelle ponction qui a retiré 25 centimètres cubes. En quarante-huit heures les accidents avaient complètement disparu et le malade est resté guéri.

M. Tuffier. — Je demanderai à M. Gérard Marchant si chez son blessé il a trouvé du sang dans le liquide céphalo-rachidien obtenu par la ponction lombaire. On a nié dans ces derniers temps la valeur diagnostique de cette ponction dans les fractures du crâne. Il serait cependant bon d'être définitivement fixé à cet égard et je prie instamment tous mes collègues de venir apporter ici tous les faits positifs ou négatifs qu'ils ont été ou qu'ils seront à même d'observer. Pour ma part jamais la ponction lombaire ne m'a trompé.

M. Gérard Marchant. — Dans l'observation II la fracture du crâne n'était pas douteuse; dans l'observation I, il ne s'agissait que d'une contusion cérébrale.

M. Tuffier. — Je demanderai alors à M. Gérard Marchant s'il

a noté les caractères du pouls chez son blessé : la lenteur du pouls aurait pu lui confirmer l'existence d'un épanchement extra-dure-mérien.

M. Rochard. — Je suis heureux d'avoir entendu M. Schwartz, dont l'observation vient confirmer l'opinion que j'avais émise ici.

Ablation du pylore et du petit cul-de-sac de l'estomac.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade à laquelle j'ai extirpé le pylore et une bonne portion du petit cul-de-sac de l'estomac, pour une tumeur ayant amené une sténose grave. Voici vingt-deux jours qu'elle est opérée. La pièce anatomique enlevée s'est beaucoup rétractée dans l'alcool qui a servi à la conserver ; je ferai suivre l'observation de sa description (1).

J'ai rarement vu une intervention de cette importance se comporter comme suites avec une telle simplicité.

La malade est âgée de soixante-sept ans et adressée par le docteur Depasse.

Les antécédents ne présentent rien de bien important.

Réglée régulièrement et normalement à quatorze ans, elle se marie à vingt-trois ans, a un enfant à l'âge de vingt-quatre ans, et une fausse couche. Elle n'a jamais fait aucune maladie sérieuse.

Cependant, depuis l'âge de vingt-six ans, elle semble avoir eu quelques révoltes gastriques. Il lui est arrivé parfois d'avoir des douleurs au creux épigastrique, et de vomir ses aliments. Ces accidents semblent avoir été des embarras gastriques provoqués par la fatigue ou quelque écart de régime. Ils n'ont jamais duré longtemps, ont toujours cédé au repos, ne se sont jamais accompagnés de douleur notable, encore moins de douleur transfixive. La malade n'accuse ni hématémèse, ni méléna, ni aucun des signes habituels de l'ulcère.

C'est il y a deux ans environ que semblent avoir débuté les premiers signes de la maladie actuelle. La malade commence à mal digérer, à avoir des pesanteurs après les repas, à avoir des renvois très amers. Sa constipation habituelle devient de plus en plus opiniâtre. Pas de douleur notable localisée.

Il y a un an environ, elle commence à vomir, et toute sa maladie se résume dans l'histoire de ses vomissements.

Ceux-ci sont alimentaires et se produisent soit immédiatement, soit une heure ou deux après le repas.

D'abord assez espacés, les vomissements se rapprochent, deviennent quotidiens, puis reviennent deux ou trois fois par jour.

(1) Observation rédigée par M. Chevrier, interne du service.

Bientôt ils perdent toute relation avec les repas, et surviennent à n'importe quelle heure de la journée.

Ces vomissements ne sont ni difficiles ni douloureux. Ils s'accompagnent de la disparition de la pesanteur épigastrique, et d'un état de bien-être notable. Souvent même, après son vomissement la malade a faim, et mange quelques aliments légers qu'elle conserve. Pour se procurer ce bien-être, la malade n'a jamais provoqué le vomissement en s'introduisant les doigts dans la bouche, ce qui est un bon signe et presque pathognomonique de sténose.

Cette période dure quelques mois, puis les vomissements deviennent moins fréquents, mais augmentent d abondance. La malade ne vomit plus tous les jours, mais quand elle commence elle passe sa journée à vomir, remplissant plusieurs cuvettes. Elle souffre beaucoup de la soif.

C'est alors qu'elle remarque la présence d'aliments ingérés plusieurs jours auparavant (morceaux de carotte rendus au bout de quatre jours). Ses vomissements ont aussi parfois une teinte noirâtre. Leur odeur est infecte, et analogue à celle du beurre rance.

Cet état continue et s'aggrave même d'octobre à décembre.

En décembre, à la suite d'une peur, dit-elle, la malade semble avoir fait de l'ictère.

Elle maigrit considérablement en décembre.

Pendant toute cette période, elle reçoit des soins médicaux sur lesquels il est inutile d'insister. Une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital, son docteur commence à lui faire des lavages stomacaux.

Elle entre à l'hôpital le 17 janvier 1902.

Examen. — A l'inspection, on constate que la malade est dans un état de maigreur presque squelettique. Ses membres sont décharnés, sa peau ridée est sèche; sa face est pâle; elle semble très anémiée, mais ne présente pas la teinte jaune paille.

L'inspection de la région stomacale ne révèle rien. On ne voit pas d'ondes péristaltiques spontanées; on n'arrive pas non plus à en provoquer par des chiquenaudes, ce qui n'a rien d'étonnant à cette période.

La palpation révèle derrière le grand droit du côté droit une tumeur dure, arrondie, assez régulière, semblant un peu plus volumineuse qu'un œuf; elle descend à peu près jusqu'au niveau de l'ombilic. Cette tumeur se distingue facilement du bord tranchant du foie. Elle paraît douée d'une certaine mobilité.

La percussion donne de la submatité à son niveau, mais sert surtout à délimiter l'estomac. Celui-ci forme une poche dont le contour inférieur part de l'épine iliaque antérieure et supérieure, passe derrière le bord du grand droit, à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic est à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane.

On vérifie ces limites de l'estomac :

1° Par la percussion dans la position inversée — siège plus élevé que la tête — qui porte vers la grande courbure tous les gaz normalement contenus dans le grand cul-de-sac stomacal;

2° Par la recherche du clapotage, qu'on produit facilement et qui cesse suivant la ligne indiquée;

3° Par la phonendoscopie, qui confirme les données précédemment acquises, et montre que la tumeur est bien stomacale.

L'examen des autres appareils ne révèle rien de spécial.

Le cœur est bon; la malade n'a jamais eu de palpitations. Le pouls est régulier et assez bien frappé, quoique un peu faible.

L'appareil respiratoire est sain.

L'examen des urines révèle une très infime quantité d'albumine.

Le poids de la malade, le 18 janvier, est de 37 kil. 600.

Son amaigrissement permet une facile exploration des zones ganglionnaires. Pas de ganglion sus-claviculaire.

Le diagnostic porté sans hésitation est celui de sténose cancéreuse du pylore.

L'évidence du diagnostic et le désir d'opérer le plus tôt possible la malade, déjà assez cachectique, nous font négliger certaines recherches toujours intéressantes.

L'examen du suc gastrique et l'hémodiagnostic, parfois si précieux, ne nous étaient pas nécessaires. — Mais ce fut à tort que nous ne pratiquâmes pas la distension de l'estomac, qui nous aurait montré la mobilité extrême de cette tumeur, que la palpation nous révélait seulement un peu mobile.

Soins préopératoires. — Le 18 janvier, deux lavements alimentaires; un lavement de sérum de 250 grammes.

Le 19 janvier. — Deux lavements alimentaires; deux lavements de sérum de 250 grammes.

On fait à la malade un lavage d'estomac. Evacuation d'une grande quantité de détritus alimentaires sentant horriblement mauvais. On fait passer 9 litres d'eau bouillie tiède dans l'estomac.

Le 20 janvier. — Deux lavements alimentaires; un lavement de sérum de 250 grammes; 500 grammes de sérum sous-cutané.

Nouveau lavage d'estomac avec 7 litres d'eau bouillie. La malade ne prend plus de lait par la bouche depuis le lavage précédent, et l'eau entraîne encore du lait caillé et des débris alimentaires, bien que, la veille, à la fin du lavage, elle soit sortie claire.

Le 21 janvier. — Jour de l'opération; 1 litre de sérum sous-cutané. Lavage d'estomac une heure avant l'opération, on fait passer 7 litres d'eau bouillie. A la fin on s'applique à bien vider complètement l'estomac, en faisant prendre à la malade des positions variées dans son lit, en la faisant tousser, pousser, vomir.

Opération le 21 *janvier* 1902. — Nous prenons le bistouri avec l'intention de régler notre conduite d'après les lésions, mais en n'osant espérer qu'une gastro-entéro-anastomose.

Mais après laparotomie médiane sus-ombilicale, nous trouvons une tumeur pylorique se laissant facilement attirer, idéalement mobile, et nous nous décidons à faire une pylorectomie.

Nous libérons le bord inférieur de la région pylorique de l'estomac par section du grand épiploon entre deux pinces. Nous effondrons le

petit épiploon, et le sectionnons entre deux pinces tout le long de la petite courbure. On place des clamps obliquement sur l'estomac, de façon à enlever la plus grande partie de la petite coubure, le long de laquelle on sent se propager l'infiltration néoplasique et qui est longée par une chaîne glanglionnaire. On place de même deux clamps sur la première portion du duodénum à une petite distance du pylore. Section de l'estomac et du duodénum. La muqueuse stomacale est parfaitement détergée.

Ligature de la coronaire stomachique au catgut. Fermeture complète du bout stomacal par un double surjet muco-muqueux, puis séro-séreux à la soie. Nous plaçons quelques points séparés à la Lembert par-dessus le surjet séro-séreux.

Nous songeons un moment à fermer semblablement le bout duodénal et à faire une anastomose gastro-jéjunale comme dans le procédé de Billroth deuxième manière. Mais le bout duodénal se laissant facilement mobiliser, nous nous décidons pour le procédé de Kocker.

Nous faisons un premier surjet séro-séreux duodéno-gastrique à la soie.

Nous ouvrons l'estomac sur une longueur correspondant à la largeur de duodénum, nous suturons les tranches postérieures puis antérieures des muqueuses par un surjet au catgut. Nous plaçons quelques points séparés au catgut sur les tranches antérieures. Nous terminons par un surjet séro-séreux antérieur à la soie.

Les deux bouts de la gastro-épiploïque sont liés avec l'épiploon ; les pédicules épiploïques ainsi formés sont suturés à la grande courbure par un point au catgut, pour qu'il ne persiste pas d'orifice dans le grand épiploon.

Nous faisons la toilette du péritoine et nous suturons la paroi en deux plans. Nous ne drainons pas.

Dans l'après-midi, on fait une injection sous-cutanée d'un litre de sérum à la malade.

Le soir, la température est à 36°6, le pouls à 96.

Suites opératoires. — 22 janvier. Temp., 37°2, le matin ; 37°4, le soir. Pouls, 104, le matin ; 92, le soir.

On rince fréquemment la bouche de la malade avec de l'eau stérilisée contenue dans un verre stérilisé.

La malade ne prend absolument rien par la bouche. On lui fait un litre de sérum.

23 janvier. Temp., 37°3, le matin ; 37°2, le soir. Pouls, 100, le soir.

On continue les mêmes soins de la bouche que la veille.

Injection d'un litre de sérum.

24 janvier. Temp., 36°9, le matin ; 36°9, le soir. Pouls, 80, le matin.

Mêmes soins que la veille. Injection d'un litre de sérum.

La malade n'a encore rien pris par la bouche.

25 janvier. — La malade va toujours très bien.

Elle commence à prendre un peu de champagne et un peu de lait.

A partir de ce moment, on commence à l'alimenter ; au bout de quelques jours, on lui donne du jus de viande, qu'elle conserve très bien.

A partir du 8e jour, on lui écrase de la viande crue dans son bouillon; — poudre de viande dans l'intervalle.

Le 11e jour on lui donne deux côtelettes par jour. La malade garde très bien tous ses aliments.

A partir du 16e jour, elle prend l'alimentation ordinaire.

On la pèse le 9 février, dix-neuf jours après son opération. Son poids est de 40 kil. 700 : elle a donc augmenté de 3 kil. 100 en moins de trois semaines.

Les fils de la plaie ont été retirés en deux fois, le 10e et le 15e jour.

La malade va actuellement aussi bien que possible. Elle mange de tout, n'a jamais ni renvoi ni douleur. Son teint s'est un peu coloré. Elle se sent beaucoup plus forte.

Le résultat immédiat a donc été absolument parfait.

L'avenir nous apprendra combien durera cette amélioration, et si nous devons la tenir pour une guérison durable.

Examen de la pièce. (Elle comprend le pylore et le petit cul-de-sac de l'estomac avec une grande partie de la petite courbure.) — La muqueuse, qu'on aperçoit par l'orifice des deux entonnoirs stomacal et duodénal, est détergée et très propre. On ne voit pas d'ulcération.

A la palpation, on sent que la tumeur siège surtout à la partie antérieure du canal pylorique.

Le canal pylorique, très rétréci, laisse à peine passer un petit porte-plume.

A l'examen microscopique, on constate une hypertrophie considérable de la couche musculaire, qui est comme œdématiée. L'épaisseur de la muqueuse est relativement moins considérable.

A un fort grossissement, on constate un épithélioma colloïde, à cellules atypiques, avec infiltration de cellules épithéliales dans la couche circulaire des muscles lisses.

On ne trouve plus de traînées épithéliales au niveau de la coupe de l'estomac et du duodénum.

Résection du nerf maxillaire inférieur et destruction du ganglion de Gasser. Guérison.

M. Gérard Marchant. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un malade auquel j'ai réséqué le nerf maxillaire inférieur et détruit le ganglion de Gasser par le procédé que j'ai toujours employé, dérivé des travaux de Quénu, de Poirier. Ce sujet est absolument guéri, sans déformation apparente, sauf un léger degré de paralysie faciale portant sur l'orbiculaire. L'œdème palpébral inférieur reconnaît pour cause la gêne de la circulation veineuse résultant des deux cicatrices, la première due à la résection du nerf sous-orbitaire, la seconde ayant succédé à l'incision malaire.

Je vous fais remarquer que les mouvements de la mâchoire s'exécutent bien, malgré l'ouverture de l'articulation temporo-maxillaire au cours de l'opération.

Voici, d'ailleurs, l'observation rédigée par M. Petit, interne du service :

L'affection a débuté en mai 1891, subitement par une crise douloureuse atroce, dans la joue droite, qui s'est produite brusquement pendant le repas. Le malade faisait à ce moment son service militaire; ses camarades se moquèrent de lui, et, ayant été considéré comme un simulateur, il ne fut pas soigné.

Il supporta cette pénible situation jusqu'en 1900, éprouvant une douleur sourde continuelle, plutôt une appréhension qu'une douleur vraie. Quand il ouvre la bouche, la douleur est plus vive, en forme de coup, et siège dans le maxillaire supérieur. Quand le malade est allé à l'air, qu'il est fatigué ou a eu froid, il souffre davantage, et c'est dans ces conditions que, à la suite de causes minimes (mastication, prononciation), éclatent des crises paroxystiques atrocement douloureuses, toujours limitées au côté droit et à la zone du nerf maxillaire supérieur. Au lit, au chaud, au repos, ces douleurs cessent et le malade se sent bien.

Le 17 août 1900. A la Salpêtrière, le malade est opéré une première fois par M. Bouglé, qui pratique l'extirpation des nerfs sous-orbitaire et mentonnier et résèque le nerf maxillaire inférieur dans la région ptérygoïdienne par la voie buccale. Le sujet reste soulagé pendant cinq mois et n'a plus ni douleurs ni crises.

En février 1901, les crises reprennent subitement pendant un repas et vont en augmentant d'intensité jusqu'au 31 octobre 1901, époque où M. Delaunay fait une nouvelle incision sous-orbitaire; mais, ne trouvant plus trace du nerf, il referme la plaie.

Depuis, il n'y eut aucun soulagement; au contraire, la douleur augmente et les crises sont plus violentes. Les points sous-orbitaire et mentonnier sont un peu douloureux, mais le maximum de douleur est au niveau du maxillaire supérieur et des gencives inférieures droites. La moitié droite de la face paraît plus large que la gauche. Les pupilles sont égales, mais, d'après le malade, l'œil droit clignoterait depuis la première opération. La peau est moins sensible à droite qu'à gauche.

Il n'y a pas de modifications dans la circulation faciale; pas plus de sueurs d'un côté que de l'autre.

On conseille d'abord au malade de se faire arracher toutes les mauvaises dents qu'il porte du côté droit, cela sans résultat.

L'examen rhinoscopique montre que, par la transillumination, le sinus maxillaire droit est plus opaque que le gauche. Aussi, le 20 décembre 1901, on arrache la deuxième molaire supérieure droite, et on perfore le sinus; il ne s'écoule que du sang et pas de pus. Cette opération fut pratiquée sous l'anesthésie à l'éther, et le contact du sac glacé contre sa joue suffit pour provoquer une crise douloureuse chez

le malade : il se roulait sur son lit, la tête dans ses mains et poussant des gémissements.

Dans ces conditions, et ayant épuisé tous les autres modes de traitement, M. Marchant décide de pratiquer la destruction du ganglion de Gasser.

Opération le 23 *décembre* 1901. Anesthésie à l'éther, qui provoque encore une fois une crise très douloureuse. Incision en U renversé, partant de l'apophyse malaire pour aboutir au devant du conduit auditif. Dissection de la peau; il se produit alors une hémorragie artérielle très abondante. Dénudation à la rugine de l'arcade zygomatique qui est sectionnée à ses deux extrémités, malaire et temporale. Au cours de cette manœuvre, l'articulation temporo-maxillaire est ouverte. Le fragment ostéo-musculaire est récliné en bas. Section du tendon du muscle temporal et de l'apophyse coronoïde. Le lambeau est relevé et le muscle détaché de l'os. On conduit le stylet spécial de Quénu dans le trou ovale.

Application de la fraise du trépan sur la paroi externe du crâne, à l'union des portions verticale et horizontale de la région sphéno-temporale. Seconde application du trépan. On réunit et on agrandit ces deux orifices à la pince-gouge. Puis, toujours avec la pince-gouge, on enlève tout ce qui, de la base du crâne, sépare l'orifice ainsi formé du stylet placé dans le trou ovale. On avance très prudemment, en décollant à mesure la dure-mère et en soulevant le cerveau avec l'écarteur malléable de Poirier. Quand tout le pont osseux est réséqué, on sectionne le nerf maxillaire supérieur et on détruit par fragments, avec des pinces de Kocher, le ganglion de Gasser. Abondante hémorragie veineuse arrêtée par un tamponnement à la gaze iodoformée. Drain, ligature des artères. Quelques points de suture sur la peau. Œil droit protégé par un pansement.

Aussitôt après l'opération, le malade n'a plus aucune sensibilité dans la zone du trijumeau. Dans la journée, il ne souffre plus de ses névralgies, mais le côté droit de la tête est très douloureux. Quelques vomissements, pouls très rapide. Temp. 37°5. Un litre de sérum intraveineux.

24 *décembre*. Le malade souffre de la tête, mais non de fa face; il n'a plus eu de crises douloureuses. Temp. 37°8. Pouls 140. Le pansement est percé par la sérosité.

25 *décembre*. Premier pansement. Temp. 37°9. Pouls 116. Il souffre encore de la tête, mais n'a plus de crises douloureuses. L'œil droit est larmoyant, mais il voit bien; un peu d'anesthésie de la cornée. Anesthésie dans la sphère du trijumeau. Le pansement est souillé par de la sérosité et du sang, mais il n'y a pas de pus et la plaie a très bon aspect.

26, 27 *décembre*. Etat stationnaire; température aux environs de 38 degrés.

28 *décembre*. Deuxième pansement. La plaie est très propre. Le malade ouvre facilement la bouche; il n'y a donc rien du côté de l'articulation temporo-maxillaire. La douleur de tête diminue; les névralgies n'ont pas reparu.

Du 31 décembre au 9 janvier. L'état va en s'améliorant. Température vers 37°5. Mal de tête diminue de plus en plus; la cornée est redevenue sensible, l'œil est normal.

9 *janvier.* Troisième pansement très propre. On retire les fils et on ne remet pas de pansement. Il ne souffre plus, n'a plus eu de crises. Il mange bien, se sent revivre, comme il dit.

Le malade sort guéri le 23 janvier 1902, n'ayant plus de crises, ne souffrant plus de la tête, l'œil droit étant redevenu normal, pouvant ouvrir facilement la bouche et ayant une cicatrice très belle, sans difformité.

M. Poirier. — Je demanderai à M. Gérard Marchant s'il a extrait le ganglion de Gasser.

M. Gérard Marchant. — Non, je l'ai simplement détruit à la pince et à la curette, en suivant la technique sur laquelle j'ai insisté dans mon mémoire avec le Dr Herbet, dans mes communications antérieures de la Société de chirurgie. — La voie est empruntée à MM. Quénu et Sébileau, et les très heureuses modifications de section de l'apophyse zygomatique, de réclinaison en haut du temporal après section de l'apophyse coronoïde, etc., sont dues à M. Poirier.

Je dois tous mes succès antérieurs à ma préoccupation constante dans cette opération : « *faire le minimum de dégâts* ». — Et les malades paraissent et restent guéris, puisque je pourrais vous représenter des opérés de quatre ans, trois ans ! — C'est donc bien et suffisant.

Je ne dis pas cependant que je n'utiliserai pas le grand lambeau ostéoplastique dont M. Terrier et M. Delbet ont fait l'éloge ; cette large brèche peut seule permettre de soulever l'encéphale et d'aborder à ciel ouvert ce ganglion.

S'il est démontré que cette ouverture est plus dangereuse pour la vie de l'opéré que la trépanation discrète que j'ai pratiquée jusqu'à ce jour, que la guérison expose à plus de complications, il sera sage de revenir à la première manière. L'avenir décidera.

M. Guinard. — J'ai lu dans un mémoire d'un chirurgien américain, Frazier, qu'à la suite d'expériences faites sur le chien, montrant que le nerf dégénérait à la suite de la section de la racine sensitive du ganglion de Gasser, il suffisait de couper cette racine sensitive pour obtenir la guérison sans qu'on soit obligé d'enlever le ganglion.

M. Poirier. — Il serait intéressant de savoir par quel procédé on sectionne cette racine sensitive qui est la masse principale du trijumeau.

Luxation astragalienne. Extirpation de l'astragale.

M. Monod présente un homme âgé de quarante ans, opéré dans son service par son interne, M. Baumgartner, pour une luxation sous-astragalienne en dedans, datant de trois mois.

L'opération faite a consisté en une astragalectomie avec ablation concomitante d'un fragment de la malléole externe qui avait été brisée, toute la portion du péroné sur laquelle s'insère le ligament péronéo-calcanéen étant conservée.

L'intervention date du 14 octobre dernier. Le malade n'est présenté que pour montrer le bon résultat obtenu au point de vue fonctionnel. L'observation complète sera publiée ultérieurement.

Présentations de pièces.

Septicémie puerpérale à marche rapide.
Gros abcès dans la paroi interne constaté à l'autopsie.

M. Lucien Picqué. — Dans la séance du 12 février 1901, je vous ai présenté un utérus que j'avais enlevé avec succès chez une femme atteinte de septicémie puerpérale et dans la paroi duquel existait un abcès. Dans la discussion qui suivit cette présentation, plusieurs de nos collègues ayant insisté sur l'inutilité de l'intervention dans les cas de septicémie rapide, je m'appliquai à démontrer que ces cas devaient être mis hors de cause, mais que la chirurgie pouvait intervenir dans les cas de septicémie à marche relativement lente, et que tout l'effort du chirurgien devait tendre à établir les indications opératoires. Un cas tout récent vient de me montrer que, même dans les cas de septicémie rapide, il existe parfois des lésions limitées de l'utérus qui peuvent, comme dans les autres cas, fournir des indications de l'hystérectomie abdominale.

Voici d'abord le résumé de mes observations.

Une femme enceinte et présentant un rétrécissement du bassin (7 cent. 1/2) est admise dans une maternité parisienne. Elle refuse l'opération césarienne; accouchement provoqué le 4 février, au huitième mois, avec basiotripsie, rendue nécessaire par la dureté et le volume de la tête. Pas de rétention placentaire. La délivrance a été en effet facile et complète.

La malade, au deuxième jour, est prise de manie aiguë, avec température de 39 degrés. L'antisepsie fut rendue impossible à partir du moment où elle a été agitée.

Elle est alors envoyée à Sainte-Anne où elle a été admise au service de l'admission.

Le 7, à 6 heures du soir, elle m'est envoyée au Pavillon de chirurgie, où je la trouve dans l'état suivant :

Température, 40 degrés. Agitation extrême. Ballonnement du ventre. Le pouls est petit, incomptable.

En présence de l'état de la malade, je pratique un curettage explorateur de la cavité utérine à l'aide de grandes curettes que j'ai fait construire à cet usage.

Il s'écoule de la cavité utérine une quantité considérable de pus, et des débris qui paraissent constitués par des débris de placenta ou des lambeaux de muqueuse. Attouchement de la muqueuse avec la glycérine créosotée. Drainage.

Une boutonnière hypogastrique me permet de constater que le péritoine est normal.

La malade succombe dans la nuit, c'est-à-dire trois jours après l'accouchement.

L'autopsie a été pratiquée par M. Dagonet, directeur des laboratoires. Voici les principaux détails. Le péritoine est intact; les anses intestinales sont distendues. Tous les viscères sont congestionnés, mais ne présentent aucune collection de pus. Il n'existe d'ailleurs de pus *nulle part*. L'utérus que je vous présente est volumineux et mesure 18 centimètres de longueur sur 12 centimètres de largeur.

En incisant la face antérieure, il s'écoule un liquide sanguinolent et sanieux; toute la surface utérine est cruentée. Au niveau de la face postérieure du canal cervical, il existe une ulcération profonde et étendue, longitudinale.

A droite, un orifice gros comme une pièce de 50 centimes, laissait écouler du pus. Il conduit dans une petite cavité purulente qui remonte le long du bord droit du corps utérin et qui est située au centre d'une induration du volume d'un œuf de poule.

Les annexes sont intactes.

Messieurs, je ne voudrais pas, à l'occasion de cette communication, rouvrir le débat sur le traitement de l'infection puerpérale. Vous vous êtes montrés, en général, peu partisans de l'hystérectomie dans ces cas, comme d'ailleurs nos collègues de la Société d'obstétrique. Néanmoins, le cas m'a paru digne de vous être présenté, puisqu'il est de nature à fixer et à étendre le champ des indications de l'hystérectomie; il établit, en effet, que dans un cas suraigu, qui paraissait constitué par une septicémie d'emblée, il existait une lésion localisée qui, diagnostiquée à temps, eût pu guérir par une opération radicale.

Cette observation vient encore à l'appui des opinions que je défends depuis plusieurs années sur la classification des psychoses post-opératoires; mais il s'agit là d'un point particulier dont je réserve l'étude pour une autre enceinte.

M. Reynier. — Je demanderai à M. Picqué de compléter son observation, car, ce qui est intéressant dans le cas de septicémie puerpérale, c'est de savoir si l'infection a ou n'a pas dépassé les limites de l'utérus. On peut en effet trouver des lésions éloignées dans les ganglions, dans l'endocarde, dans les poumons, qui rendraient toute intervention sur l'utérus inutile et dangereuse.

M. Rochard. — Cette pièce vient démontrer que l'hystérectomie est indiquée formellement dans certains cas d'infection puerpérale, ainsi que je l'ai soutenu ici avec quelques-uns de mes collègues.

M. Poirier. — L'observation de M. Reynier peut être vraie quand déjà l'infection est avancée, mais, au début, l'infection puerpérale est d'abord locale, et ce n'est que plus tard qu'elle devient générale. Donc, en intervenant au début, alors qu'il n'est pas trop tard, on a des chances de guérir les malades.

M. Picqué. — Je n'ai pas voulu publier *in extenso* la relation de l'autopsie. Je puis affirmer que tous les viscères étaient intacts. L'autopsie a été faite d'une façon très soignée par M. Dagonet, médecin en chef de l'asile, et la relation en est conservée dans les archives du pavillon.

Deux cas de thyroïdectomie terminés par guérison.

M. Lucien Picqué. — Premier malade opéré à l'hôpital Bichat, quarante-cinq ans. Tumeur volumineuse occupant le côté gauche du larynx, et remontant à quinze ans. Le larynx est dévié et situé au voisinage de l'angle du maxillaire : quelques symptômes d'essoufflement dans la marche rapide et en montant les escaliers. Enucléation sous-capsulaire. Le larynx et la trachée reprennent immédiatement leur place. Il s'agit d'un goitre parenchymateux contenant un énorme kyste.

Deuxième malade, opérée à l'hôpital Bichat. Femme de quarante ans. Tumeur volumineuse siégeant à droite du larynx et remontant à six ans.

Troubles fonctionnels peu prononcés. Il est impossible de trouver le siège du larynx. Enucléation sous-capsulaire. La trachée est aplatie en fourreau de sabre. La trachée se présente sous la forme d'une ligne constituée de haut en bas par une série de petits points saillants qui ne sont autres que le sommet de l'angle dièdre formé par les cerceaux aplatis de la trachée. Il s'agit d'un simple kyste intra-thyroïdien.

Je signalerai, en terminant cette présentation, les avantages du procédé de Socin, au point de vue de l'hémostase et de la rapidité d'exécution.

Tumeur fibreuse de l'utérus pesant 33 kilogrammes, chez une femme de 41 ans.

M. Guinard. — J'ai l'honneur de vous présenter le fibrome utérin le plus volumineux que j'aie encore observé. Cette tumeur, qui pèse 33 kilogrammes, est intéressante surtout par son volume même. Elle avait mis vingt-trois ans à se développer, ayant débuté après un accouchement quand la malade avait dix-sept ans. Depuis six ans, l'accroissement était beaucoup plus rapide, et, pendant ces deux dernières années, des poussées péritonitiques douloureuses obligeaient la malade à garder le lit cinq ou six jours par mois.

L'état général semblait excellent et j'ai cru devoir pratiquer l'ablation de la tumeur malgré son volume. Il n'y avait ni symptômes cardiaques ni albuminurie.

La tumeur s'était développée dans le ligament large droit et avait soulevé ensuite le péritoine, se cravatant ainsi du cæcum, du côlon ascendant et du côlon transverse, jusqu'à l'angle gauche.

Je ne veux insister que sur les services précieux que m'a rendus pour cet énorme fibrome l'appareil à suspension, les griffes de Reverdin. Sans ces griffes, j'aurais eu les plus grandes peines à manœuvrer avec cette masse si volumineuse.

L'opération a duré à peine quarante-cinq minutes, sans incident fâcheux; malheureusement la malade a succombé dans la nuit, sans que rien ait pu remonter le pouls, qui depuis l'opération est resté filiforme et incomptable.

Il y a eu là un cas de shock vrai qui n'étonnera personne si on songe à la quantité de sang qui a été soustraite d'un coup. Il s'est écoulé deux litres de sang de la tumeur.

M. Picqué. — J'ai eu récemment l'occasion d'enlever un fibrome qui pesait 20 livres; bien qu'elle n'approche pas du volume de celui présenté par M. Guinard, c'était la plus grosse tumeur que j'aie eu l'occasion d'observer.

J'ai procédé par morcellement intra-abdominal. J'ai pu, de la sorte, arriver facilement sur les pédicules.

La malade a perdu très peu de sang et la guérison a été complète.

Kyste hydatique de l'ovaire,
au voisinage d'un kyste hydatique pelvien.

M. Gérard Marchant. — L'intérêt de cette pièce réside dans sa rareté. Il s'agit d'un kyste hydatique de l'ovaire, vous voyez l'ovaire farci de petits kystiques dont l'incision laisse échapper des vésicules hydatiques. Au centre de l'ovaire se trouve une vésicule plus volumineuse. Cet ovaire sera examiné histologiquement.

Au voisinage de cet ovaire, et en connexion étroite avec lui se trouvait un autre kyste hydatique du volume d'une grosse orange, kyste développé entre les anses intestinales qui lui adhéraient intimement.

Le diagnostic porté fut : kyste de l'ovaire. Voici d'ailleurs l'observation rédigée par M. Hubert, externe de mon service.

La malade entre à l'hôpital pour des douleurs dans le bas-ventre. Elle ne soupçonne même pas l'existence d'une tumeur abdominale, qu'on lui révèle à l'examen.

Le ventre n'a pas augmenté de volume depuis cinq ou six ans. On avait fait remarquer depuis très longtemps à la malade la proéminence de sa paroi abdominale; mais elle n'y attachait aucune importance. Elle ne souffrait aucunement. Ses règles, venues à treize ans, un peu irrégulières jusqu'à seize, provoquaient à peine quelques douleurs dans la région lombaire. Depuis trois ans, la malade a quelques pertes blanches, qui ne tachent point la chemise, n'ont jamais eu une couleur verdâtre, ne se sont jamais accompagnées de troubles des mictions. Aucun phénomène digestif d'autre part : digestions faciles et sans dégoût pour aucun aliment, pas de vomissements, pas d'ictère; jamais de crise d'urticaire.

Au mois de février 1901, la malade maigrit de façon assez notable, sans qu'aucune douleur ni aucun trouble digestif ne vînt en expliquer la cause. Elle se sentait fatiguée, courbaturée. Puis au mois de juin cette courbature se compliqua de manque d'appétit. La malade devint très pâle, le faciès amaigri, les yeux cernés, ayant souvent des éblouissements. On la soigna alors pour de l'anémie. Mais à cette époque elle n'avait encore aucun phénomène abdominal.

C'est au mois de novembre, deux ou trois jours avant l'apparition des règles (8 novembre) que les douleurs dans le bas-ventre se présentent pour la première fois. Les règles arrivent avec un retard de trois jours et une ménorragie se déclare qui dure quinze à seize jours.

A ce moment la malade, très fatiguée, entre à l'hôpital, les lavements de laudanum qu'elle avait pris avant son entrée n'ayant pas calmé ses coliques. On lui ordonne le repos, des injections chaudes. Rien d'anormal n'est noté du côté de l'abdomen. Entrée le 11 novembre, elle sort le 16 novembre, ses douleurs ayant diminué d'intensité.

Mais, bientôt, son travail aidant, elle recommence à souffrir. Il lui semble que son ventre grossit. Elle est obligée de relâcher son corset,

qui lui fait mal. Le soir elle est très fatiguée, mais cependant continue à travailler jusqu'au 15 décembre.

Le 15 décembre, tout d'un coup, elle est prise de douleurs atroces dans le bas-ventre ; ces douleurs apparaissent après les règles, qui avaient duré du 8 au 14 décembre. Ces douleurs se présentent les jours suivants avec les mêmes caractères : douleurs très aiguës provoquant des nausées, sans vomissements, sans constipation. Elles surviennent vers 4 heures de l'après-midi.

Ces douleurs augmentent peu à peu d'intensité, et sont extrêmement aiguës du 24 décembre au 6 janvier. Elles s'exagèrent la nuit, et provoquent une sensation de torsion dans l'abdomen.

C'est alors que, pour la seconde fois, le 8 janvier, la malade rentre à l'hôpital.

Examen. — L'examen, attiré du côté du ventre par la saillie de l'abdomen fait constater l'existence d'une tumeur développée dans la fosse iliaque droite qui bombe. C'est une tumeur sphérique, limitée facilement en haut par une ligne courbe à concavité regardant en bas et à droite, la tumeur occupant la fosse iliaque droite, restant à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic, et allant se perdre au delà de la ligne médiane. Elle est lisse et mate..

Le toucher vaginal fait reconnaître un col assez gros, mou, un utérus en antéversion, où les culs-de-sacs sont libres, sauf le cul-de-sac latéral droit qui est occupé par une petite tumeur fluctuante au toucher bimanuel.

Les compressions nerveuses, vasculaires, viscérales ne semblent pas exister, et n'ont donné lieu à aucun phénomène.

L'état général est bon. La malade ne tousse pas, mange et digère bien.

Son cœur est normal. Son foie ne dépasse pas les fausses côtes. Sa rate n'est pas grosse. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines. Il n'y a point d'ascite.

La tumeur n'est guère mobilisable.

Enfin, nous avons vu les phénomènes aigus qu'à présentés l'évolution. Le diagnostic est kyste de l'ovaire. Aucune maladie antérieure.

Opération. — 17 janvier 1902. Laparotomie sous-ombilicale.

Dans la fosse iliaque droite on tombe sur une poche du volume du poing, à paroi épaisse, d'aspect blanchâtre, différant de l'aspect des kystes de l'ovaire. Cette poche présente des adhérences multiples avec l'intestin, surtout sur son côté gauche, médian. La ponction est faite avec un trocart de moyen calibre. On retire environ 200 grammes d'un liquide non transparent, d'aspect un peu laiteux, liquide contenant des membranes gélatiniformes. En retirant le trocart, on voit sortir des débris d'hydatides.

La poche est très adhérente à l'intestin au niveau de son pôle supérieur et de sa face interne. Il est impossible de la séparer d'une anse intestinale qui est appliquée intimement sur le pôle supérieur E de la tumeur, et d'une deuxième anse qui adhère à la face interne F.

On ouvre largement la poche et à ce niveau on la résèque en laissant d'étroites bandes sur l'intestin qui se trouve ainsi libéré. Il n'y a pas d'hydatides dans l'intérieur de la poche.

Une fois l'extirpation faite, on peut dégager le petit bassin, et voir les annexes droites.

L'ovaire a le volume d'un œuf de poule, la trompe le volume du pouce.

Au cours des manœuvres d'extirpation de ces annexes, l'ovaire se rompt. Il s'en écoule du liquide clair, et une hydatide (vésicule-fille) fait issue par la déchirure.

L'ovaire est transformé en une poche kystique unique. Les trompes semblent atteintes de salpingite catharrale.

On résèque alors les annexes droites. Les connexions de la grande poche kystique avec ces annexes sont difficile à préciser. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, du pôle inférieur du grand kystique partait un pédicule fibreux du volume d'une plume d'oie, pas ou peu vasculaire, et qui allait s'insérer à la face postérieure du ligament large droit, dans le voisinage de l'ovaire. Point n'a été besoin de mettre une ligature quelconque sur ce pédicule.

Dès lors, l'opération se termine comme d'ordinaire, par la réfection de la paroi. Un Mickulicz est mis à la partie inférieure de l'incision.

Suites opératoires. — Très simples. La malade va très bien.

Le 18, Temp. matin 38°8, soir 38°6. Pouls à 96, régulier, bien frappé. Urines, 650 grammes. Excellent état général.

Le 19, Temp. 38°2. Pouls 88. Urines, 650 grammes. Très bon état général.

Le 20, Temp. 38 degrés. Pouls 86. Urines, 700 grammes.

Le Mickulicz est enlevé le quatrième jour. La malade ne présente aucun phénomène après cette ablation. Une petite mèche remplace le Mickulicz.

Le 27 janvier. Fils enlevés. Réunion par première intention. Une petite mèche peu profonde est laissée à la place du Mickulicz.

L'orifice se comble peu à peu et, le vingtième jour après l'opération, on panse la malade sans mèche, tout étant fermé.

A noter qu'après l'opération la malade n'a eu ni urticaire, ni nausées, ni ictère, à aucun moment.

Salpingite et appendicite.

M. Potherat. — Les pièces que je vous présente sont constituées par un ovaire et une trompe gauches, un ovaire et une trompe droits. Dans le magma constitué par l'ovaire et l'extrémité de la trompe droits, se trouve incorporée l'extrémité de l'appendice iléo-cæcal, très augmenté de volume, épaissi, dur, manifestement atteint d'inflammation chronique. A gauche, l'ovaire ne

présente que les altérations de la dégénérescence scléro-kystique; la trompe était le siège d'un volumineux hydrosalpinx ; à droite, les altérations sont de même nature, mais elles représentent un degré beaucoup plus avancé.

A l'examen, l'ensemble des lésions constituait, en arrière de l'utérus, une masse dure, bosselée, irrégulière, adhérente à l'utérus et aux parois du petit bassin. Au milieu de cette masse on sentait nettement une partie fluctuante, et j'avais porté le diagnostic d'hydrosalpinx double en excluant, en raison de l'histoire de la maladie et de la marche des symptômes, le diagnostic de salpingite suppurée.

En réalité, la portion fluctuante était due à un foyer de péritonite localisée, séreuse, foyer occupant le Douglas et sous-jacent à un dôme constitué par l'utérus, les annexes et l'appendice unis entre eux, avec les parois du bassin et les anses intestinales.

Il y avait donc, de par l'examen des lésions, appendicite et salpingo-ovarite. Et l'on devait ici, comme dans tous les cas analogues, se demander quel était l'organe primitivement lésé. Les tendances les plus générales, en pareil cas, sont pour faire de l'appendicite une lésion secondaire.

Or, j'ai déjà présenté ici des pièces me paraissant de nature à démontrer l'opinion contraire : à savoir que l'appendicite est la lésion primitive.

C'est, ce me semble, encore le cas actuel : cette femme de trente-quatre ans n'a jamais eu d'enfants, et rien dans son histoire ne se rapporte à des troubles génitaux infectieux ou autres. Jusqu'à il y a deux ans, elle avait toujours été bien portante. En pleine santé, elle est alors prise de violentes douleurs abdominales pendant plusieurs jours ; ces douleurs étaient localisées à droite. Cette crise de douleurs abdominales, accompagnées de phénomènes de péritonite, ou tout au moins de péritonisme, dura huit à dix jours; puis tout rentra dans l'ordre pour dix-huit à vingt mois.

Mais cette année, il y a quelque mois, une nouvelle crise, analogue à la première, se produisit. La malade se fit transporter à la Maison municipale de santé.

Après quelques jours de repos, elle crut pouvoir rentrer chez elle; mais bientôt elle dut revenir dans mon service, et je l'opérai.

Cette histoire pathologique reproduit nettement le processus de l'appendicite à répétition, et démontre à mon avis que l'appendicite a dû être la lésion primitive, et les salpingo-ovarites des lésions secondaires. Ces dernières lésions sont d'ailleurs d'ordre inflammatoire banal, simple.

A cette observation, et à celles analogues que j'ai déjà publiées

je pourrais joindre celle d'une jeune fille de dix-sept ans, vierge, que j'ai opérée au mois de juillet dernier à l'hôpital de Bon-Secours. Elle avait été amenée au milieu d'accidents abdominaux graves qui tout d'abord avaient fait croire à une fièvre typhoïde, et qui manifestement étaient liés à une péritonite étendue, peut-être diffuse, probablement suppurée.

J'avais diagnostiqué une appendicite aiguë; je fis une incision dans la fosse iliaque droite où j'ouvris un abcès juxta-cæcal volumineux, mais profond, rétro-cæcal. Je voulus me rendre compte de l'état de l'appendice, que je trouvai rouge, épaissi, recouvert de fausses membranes, et dirigé vers l'excavation. J'agrandis l'incision iliaque, et je pénétrai dans l'excavation pelvienne.

Celle-ci était remplie d'un pus crémeux, et l'appendice venait s'unir à la trompe et à l'ovaire droits, augmentés de volume, tuméfiés, et comme macérés dans le pus. Je fis l'ablation de ces annexes; je lavai avec soin le ventre et le pelvis; puis, m'étant éclairé avec une valve vésicale de Bazy, je pus apercevoir les annexes gauches intacts. Je fis un large drainage du ventre, et j'eus la satisfaction de voir cette petite malade, dont l'état général était atteint des plus gravement, se remonter peu à peu et finalement guérir complètement au bout de près de trois mois.

Il s'agissait bien évidemment, dans ce cas, d'une appendicite primitive, et d'une lésion secondaire des annexes de l'utérus, à droite.

Fibrome de l'ovaire.

M. Potherat. — La tumeur que je vous présente et que j'ai enlevée dans mon service de la Maison municipale de santé provient d'une femme de cinquante-huit ans que j'ai opérée il y a une dizaine de jours et qui peut être considérée aujourd'hui comme guérie.

Cette tumeur n'est pas absolument exceptionnelle, puisqu'il s'agit d'une tumeur solide de l'ovaire. Ces néoplasmes ne sont pas cependant tellement fréquents qu'ils ne présentent quelque intérêt.

Dans le cas présent, la tumeur, très volumineuse (elle pesait 3 kilogr. 700), avait présenté peu de symptômes fonctionnels; elle soulevait fortement l'abdomen et plongeait dans l'excavation. Elle provoquait peu de douleurs et semblait gênante par son seul poids. Pourtant, elle s'accompagnait d'ascite, d'ailleurs modérée, fait habituel aux tumeurs de l'ovaire.

L'aspect extérieur de cette tumeur était exactement celui d'un

fibrome utérin, et je l'extirpai en m'aidant du tire-bouchon. Au cours de cette extraction, je constatai une adhérence de l'intestin grêle sur une longueur de plus de 25 centimètres, et qui nécessita, après libération, un certain nombre de ligatures vasculaires.

La tumeur sortie du ventre, je constatai qu'elle provenait des annexes du côté gauche; la trompe serpentait à sa surface, l'ovaire avait disparu. Enfin, fait à noter, il y avait une torsion du pédicule, torsion de deux tours et demi. L'ablation fut très simple. L'ovaire du côté opposé était atteint d'un assez volumineux kyste séreux; je l'enlevai avec sa trompe.

La coupe de la tumeur rappelait absolument celle d'un volumineux fibrome utérin; pourtant la section ne présentait pas partout le même aspect; il y avait des îlots d'aspect particulier rappelant assez exactement le foie muscade.

L'examen anatomique fait par mon interne, M. Beaugard, a montré que ces différences d'aspect ne correspondaient pas à des différences de nature, car, en tous points, la tumeur était du *fibrome pur*. Je pense que la torsion du pédicule, et les modifications de la vascularisation qu'elle a dû déterminer dans l'intérieur de la tumeur, ont amené ces différences d'aspect macroscopique.

M. Monod. — Pourquoi M. Potherat dit-il fibrome de l'ovaire et non fibrome du ligament large? Dans la pièce que je montrerai tout à l'heure, je me suis demandé aussi quel était le point de départ de la tumeur. Ce n'est qu'après avoir trouvé l'ovaire que j'ai pu me convaincre que celui-ci n'était pas en cause.

Fibrome para-utérin intra-ligamentaire.

M. Monod présente un volumineux fibrome inclus dans le ligament large droit, enlevé par voie abdominale, chez une femme de cinquante et un ans. Il attire l'attention sur ce fait que la tumeur était bien développée dans le ligament large, la trompe et l'ovaire atrophié ayant pu être retrouvés à côté de la masse principale.

Présentation d'instrument.

Nouvelle sonde pour le tamponnement des cavités.

M. F. Legueu. — Au nom de M. le Dr Gerota (de Bucarest), je vous présente une nouvelle sonde destinée à faciliter le tamponnement des cavités. Nous savons tous combien il est quelquefois

difficile d'introduire des mèches dans une cavité naturelle ou artificielle avec le stylet, la sonde cannelée, le porte-mèche ou la pince. L'introduction de la mèche est douloureuse parce qu'on frotte sur l'orifice d'entrée : la mèche s'échappe du stylet ou entre difficilement. Enfin ce tamponnement ainsi réalisé est presque toujours incomplet, parce que, avec ces instruments, on ne pénètre pas dans tous les points de la cavité.

La sonde de M. Gerota est faite pour remédier à ces difficultés.

Elle se compose : 1° d'un tube en métal, droit ou légèrement recourbé, armé de deux anneaux destinés à l'index et au médius de la main droite; la sonde est graduée en centimètres, et cette disposition est très utile pour qu'on sache toujours la profondeur à laquelle la sonde est ou doit être introduite; 2° d'un stylet porte-mèche, armé d'un anneau dans lequel on passe le pouce de la main droite. Le stylet a la même longueur que la sonde; il est droit ou légèrement recourbé comme la sonde. Dans le tube on place une mèche de gaze, dont le volume est proportionné au calibre du tube; sa longueur varie avec le volume de la cavité à tamponner.

On introduit le tube dans la cavité; dans le tube on introduit la mèche montée sur le bout du stylet, et ensuite il suffit de faire avec ce stylet des mouvements de va-et-vient pour pousser comme avec un piston la mèche de gaze dans la cavité à combler.

Ainsi le tamponnement se fait aisément : il s'effectue du fond vers la superficie, car le tube recule au fur et à mesure que la cavité se comble. En outre il est uniforme et complet, parce qu'il bourre parfaitement toutes les anfractuosités de la cavité.

Il y a plusieurs dimensions, plusieurs calibres de sondes; je vous présente le calibre moyen, celle qui correspond à la cavité utérine, et j'ai pu en l'utilisant par moi-même me rendre compte comment M. Gerota a réalisé par une ingénieuse combinaison une réelle simplification du tamponnement des cavités.

Le Secrétaire annuel,
P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1902

Présidence de M. BOUILLY.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. MICHAUX qui, retenu à la chambre par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Un travail de M. GILIS (de Montpellier) intitulé : *Un cas d'appendicite. Deux interventions. Fistule stercorale consécutive. Guérison.* — Le travail de M. GILIS est renvoyé à une commission dont M. POIRIER est nommé rapporteur.

4°. — Un travail de M. JUVARA (de Bucarest) intitulé : *Deux observations de kystes hydatiques développés secondairement par greffes de vésicules hydatiques.* — Le travail de M. JUVARA est renvoyé à une commission, dont M. DELBET est nommé rapporteur.

5°. — Un travail de M. MERIEL (de Blagnac) intitulé : *Ligature des gros troncs veineux axillaires.* — Le travail de M. MERIEL est renvoyé à une commission, dont M. DEMOULIN est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur l'anesthésie générale par le chloroforme, l'éther, le bromure d'éthyle, et, en particulier, par le chlorure d'éthyle (1),

par M. J. REBOUL, membre correspondant de la Société de chirurgie.

La discussion qui se poursuit actuellement à la Société de Chirurgie sur les accidents de l'anesthésie générale, en particulier avec le chloroforme, m'a rappelé certains faits que j'ai observés et m'a engagé à faire connaître les résultats que j'ai obtenus avec les divers anesthésiques et, tout particulièrement, avec le chlorure d'éthyle, que j'emploie depuis le mois d'octobre 1901.

1° *Anesthésie au chloroforme.* — Pendant mon internat dans les hôpitaux de Paris, j'ai pris l'habitude de l'anesthésie par le chloroforme.

Sur plusieurs milliers d'anesthésies au chloroforme que j'ai faites ou vu faire sous ma direction, soit à Paris, soit en province, pendant cette période et depuis lors, je n'ai observé que deux cas mortels :

1° Une femme âgée, présentant une hernie crurale étranglée, meurt subitement dès les premières bouffées de chloroforme. Malgré la respiration artificielle et tous les moyens employés, il n'a pas été possible de la ramener à la vie;

2° Une jeune femme, très nerveuse, allait être opérée d'un kyste de l'ovaire; je pratiquai l'anesthésie au chloroforme à petites doses; la malade, très effrayée, s'arrêtait à tout instant de respirer; voulant activer un peu l'anesthésie, dont les tentatives duraient déjà depuis vingt minutes, j'augmentai, très légèrement, la dose de chloroforme sur la compresse; la malade cessa de respirer. Tous les moyens employés pendant longtemps pour la ranimer furent inutiles; elle était morte.

Dans ces deux cas, l'autopsie ne put être faite. Depuis lors, j'ai toujours craint l'anesthésie au chloroforme, en particulier chez les malades âgés présentant des hernies étranglées, et chez les personnes nerveuses redoutant l'opération.

Plusieurs fois, j'ai eu à combattre des accidents d'anesthésie générale : cyanose, arrêt de la respiration, en particulier chez des enfants, des nerveux et des alcooliques.

En 1896, un malade à qui j'avais fait une résection du coude,

(1) Travail lu par M. le Secrétaire général.

eut une syncope deux heures après la terminaison de la narcose; fort heureusement, il put être ranimé.

En 1897, j'ai communiqué, au Congrès de chirurgie, un cas d'hémiplégie post-chloroformique survenue quelques heures après une taille sus-pubienne, pour un volumineux calcul vésical.

Enfin, en 1898, un de mes malades, anesthésié au chloroforme pour une amputation de doigt, a souffert pendant une huitaine de jours de nausées et de vomissements.

Les nausées, les vomissements, l'ictère et l'albuminurie sont assez fréquents et assez connus après l'anesthésie chloroformique; je les ai souvent constatés, mais je crois que les accidents de la chloroformisation, même les vomissements et les troubles hépatiques et urinaires, sont, en grande partie, dus à la façon de pratiquer cette anesthésie, qui ne vaut que par celui qui la fait.

Avec un bon chloroformisateur méthodique, attentif, prudent, ne s'occupant que de son anesthésie et ayant une grande habitude de ce procédé de narcose, on peut opérer en toute sécurité.

Persuadé de ce fait, je confie, autant que possible, toutes les anesthésies des malades que j'ai à opérer, soit en ville, soit dans un hôpital particulier, à mon excellent ami le Dr Olivier de Sardan, médecin suppléant des hôpitaux de Nîmes.

Mon confrère et moi, nous pensons que, dans les anesthésies au chloroforme, on doit observer les principes suivants :

La chloroformisation doit être faite prudemment, très lentement, en commençant par une goutte, une seule goutte, que l'on fera respirer à distance, mélangée d'air pour habituer le malade à l'odeur de l'anesthésique et dissiper sa terreur.

Suivant l'impression du malade, ce n'est, en moyenne, qu'après dix secondes que l'on donnera la deuxième dose, formée d'une ou deux gouttes au plus.

D'après la réaction du malade : toux, agitation de la tête, suffocation, mouvements des bras pour enlever la compresse qui porte cette deuxième dose, on la rapproche plus ou moins de la bouche et des fosses nasales.

A partir de la deuxième dose de chloroforme, il n'y a plus de règle fixe et la conduite à tenir varie avec chaque cas; elle dépend de l'examen d'ensemble du malade et non de tel ou tel signe particulier. Le chloroformisateur doit surveiller continuellement son malade de la tête aux pieds, et ne pas s'occuper de l'opération.

Il écoutera avec soin, en rapprochant son oreille de la bouche et du nez, les divers caractères de la respiration.

L'examen d'ensemble du malade porte particulièrement sur les mouvements de la région abdominale et surtout épigastrique (le frémissement épigastrique met en éveil, étant souvent précurseur

de quelques troubles respiratoires ou circulatoires), la coloration du visage, de la peau du thorax, sa circulation superficielle, les battements des carotides, le faciès. Des mouvements irréguliers des orteils indiquent fréquemment un commencement de réveil.

L'auscultation permet de se rendre un compte exact de la quantité d'air inspirée, de la facilité avec laquelle cet air pénètre, et de la fréquence suffisante des mouvements respiratoires.

L'anesthésie étant obtenue, il faut la maintenir avec la quantité minima de chloroforme. Pour cela, on cherchera, chez le malade, le signe qui permet de prévoir qu'il va se réveiller. Ce signe est variable; chez l'un (mauvais signe), c'est le retour du réflexe palpébral; chez l'autre, c'est une légère contraction musculaire dans une région quelconque des membres, surtout des pieds; chez un troisième, c'est une nausée, etc.

Le chloroforme agit d'une façon un peu variable, suivant les individus; chez la plupart, l'anesthésie est complète, absolue; chez d'autres, la souffrance existe, ils ont des sensations, et même assistent à leur opération.

Avec ces petits artifices d'anesthésie, uous avons pu réduire les doses de chloroforme, diminuer les nausées, les vomissements, les troubles hépatiques et urinaires, et, surtout, nous n'avons observé comme accidents vrais de cette narcose que le cas suivant :

Il s'agissait d'une jeune fille très nerveuse, très impressionnable et très effrayée, assez sujette à des syncopes passagères, que nous opérions pour une tuberculose de la rotule. L'anesthésie au chloroforme s'était établie assez régulièrement; la respiration se ralentit légèrement dans son rythme et son amplitude. A ce moment, la compresse fut complètement enlevée pour faire respirer à la malade de l'air pur, par simple principe et non par crainte d'une alerte. Or, malgré ces précautions, la respiration continua à se ralentir jusqu'à la syncope. Les tractions rythmées de la langue ne produisant aucun effet, nous pratiquâmes la respiration artificielle pendant une ou deux minutes, au bout desquelles la malade se ranima, réveillée par une injection hypodermique d'éther. L'anesthésie chloroformique put être reprise, et continuée sans incidents.

Ce fait prouve la nécessité de surveiller attentivement la respiration pour en prévoir les arrêts.

2° *Anesthésie à l'éther.* — Il y a quelques années, à la suite d'une discussion à la Société de Chirurgie, j'ai eu recours à l'anesthésie à l'éther que je pratique encore de temps en temps, quand il y a contre-indication formelle à l'anesthésie au chloroforme. Je trouve celle-ci beaucoup plus calme et plus complète que la

narcose à l'éther, même lorsque l'éthérisation est faite par des aides habitués à la pratiquer.

J'ai failli avoir un accident mortel avec l'anesthésie à l'éther :

Je venais de faire l'amputation du col utérin à une jeune femme de trente ans. L'anesthésie, faite par un ancien élève des hôpitaux de Lyon, avait été calme et complète. La malade était dans son lit depuis une demi-heure à peine, lorsque la sœur qui la veillait la vit brusquement cyanoser, étouffer, des flots d'écume blanche sortant de la bouche et des fosses nasales. Je n'avais pas encore quitté la maison de santé; je me rendis immédiatement auprès de la malade, et, pendant près de deux heures, je fis la respiration artificielle et employai les divers moyens appropriés dans les accidents semblables.

Depuis ce jour, je n'ai employé l'éther que lorsque je ne pouvais faire autrement.

3° *Anesthésie au bromure d'éthyle.* — L'anesthésie au bromure d'éthyle peut être utilisée seule ou comme précédant l'éthérisation ou la chloroformisation.

A la suite du mémoire d'Hartmann et Bourdon, paru dans la *Revue de chirurgie* de 1893, j'ai employé l'anesthésie générale au bromure d'éthyle.

Cette narcose m'a donné quelques excellents résultats, soit pour les opérations de courte durée, soit pour supprimer la première période de l'anesthésie chloroformique.

Cependant, je lui reproche les vomissements violents qui lui succèdent fréquemment, l'ictère que j'ai constaté plusieurs fois et qui dure plusieurs jours, et l'odeur alliacée de l'haleine qui persiste souvent trois ou quatre jours et qui incommode beaucoup les malades et ceux qui les entourent.

Enfin, j'ai observé deux fois, au début des inhalations de bromure d'éthyle, une excitation cérébrale intense.

Il y a quelques années, à l'hôpital, je faisais endormir au bromure d'éthyle un homme qui présentait un paraphimosis irréductible qu'il était nécessaire d'opérer. A la première bouffée de bromure d'éthyle, le malade se releva furieux, les yeux hagards, donnant des coups de pied et des coups de poing; il descendit de la table d'opération, et, malgré les efforts de ceux qui m'assistaient, sortit de la salle et courut à peu près nu dans les couloirs de l'hôpital où l'on eut grand'peine à le saisir pour le ramener dans son lit.

Tout dernièrement, en octobre 1901, je voulais opérer un de mes anciens malades d'un volumineux abcès actinomycosique de la région lombaire, et j'avais prié le Dr Olivier de Sardan de faire l'anesthésie au bromure d'éthyle. Ce malade, très nerveux et

irritable, redoutait beaucoup l'intervention; il vint cependant assez tranquille à la salle d'opération, me suppliant de l'endormir complètement sans me servir du chloroforme, avec lequel il avait été anesthésié en 1895, époque à laquelle je l'avais opéré d'un foyer pleuro-pulmonaire d'actinomycose. A la première bouffée de bromure d'éthyle, le malade se dresse sur la table d'opération, rejette au loin ses couvertures et court dans sa chambre sans que nous ayons pu le retenir. On l'y suivit immédiatement, il était parti; traversant comme un fou le jardin de la maison de santé, à peine vêtu, il était allé se réfugier dans une petite rue déserte où il se vêtit et s'en fut à la gare prendre le premier train en partance, sans savoir où il allait. Pendant quelques jours, il resta dans une localité où il ne connaissait personne, osant à peine se montrer, d'après ce qu'il m'a écrit lui-même plus tard.

En somme, sous l'influence d'une inhalation de bromure d'éthyle, ces deux malades ont eu de véritables troubles cérébraux qui ont cédé rapidement dans le premier cas, mais qui ont persisté quelques jours dans le second.

Toutefois, le bromure d'éthyle nous a souvent rendu de réels services comme anesthésique général, soit qu'il ait été employé seul pour des opérations de courte durée, soit au début de l'anesthésie chloroformique.

Je n'ai jamais eu ni vu d'alerte sérieuse due au bromure d'éthyle, mais, d'après les deux faits que je viens de citer, chez certains malades, l'inhalation de bromure d'éthyle peut produire une excitation cérébrale aiguë.

4° *Anesthésie générale au chlorure d'éthyle.* — Depuis quelques années, le chlorure d'éthyle n'est pas seulement employé pour l'anesthésie locale ou l'analgésie, il commence à prendre rang parmi les anesthésiques généraux.

La lecture des travaux étrangers et français publiés ces dernières années sur cet anesthésique m'avait beaucoup séduit, et depuis le mois d'octobre 1901 j'ai employé le chlorure d'éthyle comme anesthésique général dans près de 200 cas, soit à l'hôpital, soit en ville, tantôt seul pour des opérations de courte durée, tantôt associé au chloroforme pour diminuer ou supprimer les phénomènes du début de cette narcose.

Les résultats obtenus dans les deux cas sont vraiment excellents.

Au début nous n'avons employé l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle que pour de petites interventions : petites tumeurs, kystes sébacés, lipomes, phlegmons, extractions de corps étrangers, fistules et fissures à l'anus, cathétérisme urétral, urétrotomie interne, réduction de luxations et de fractures, curettage

utérin, examens gynécologiques ou abdominaux chez les sujets nerveux contractant leurs muscles pariétaux ou chez des malades souffrant de l'abdomen et présentant de la défense de la paroi abdominale.

Depuis, j'ai remarqué que l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle pouvait être utilisée pour des opérations de plus longue durée : application d'appareils plâtrés pour des coxalgies en position vicieuse, avec contracture douloureuse, uranoplastie, mastoïdite, ostéomyélite des os longs, appendicite, hystérectomie vaginale.

Pour l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, nous avons constamment employé le procédé de la simple compresse, préconisé par Malherbe au dernier Congrès de chirurgie. C'est un procédé très commode, très simple, qui permet de surveiller attentivement le malade.

Avec le Dr Olivier de Sardan, qui a bien voulu anesthésier la plupart de mes malades de la ville et d'un hôpital particulier, nous avons fait des remarques qui concordent avec ce que nous avons observé avec mes internes à l'hôpital, sur les caractères de l'anesthésie au chlorure d'éthyle :

L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle comprend trois périodes successives :

1° *Période analgésique*;

2° *Période anesthésique* ;

3° *Période analgésique.*

L'action analgésique est instantanée, en moyenne 15 à 30 secondes. Avec 2 à 5 centimètres cubes de chlorure d'éthyle, le plus souvent à la troisième inspiration, quelquefois à la deuxième, pourvu qu'elle ait été suffisamment profonde, l'analgésie est complète, on peut commencer l'opération, le malade ne sent rien, mais il ne dort pas.

A l'analgésie succède l'anesthésie. Le malade dort d'un sommeil tranquille, sans troubles de la respiration et de la circulation.

La respiration est absolument régulière, normale dans son rythme, sa profondeur, sa fréquence, etc. Très rarement nous avons observé un peu de congestion de la face, et parfois un petit ronflement pendant la période anesthésique.

Le pouls est généralement régulier : l'augmentation de la fréquence indique que le chlorure d'éthyle est donné à doses trop abondantes ou trop répétées.

Mon ami le Dr Romieux, ancien interne des hôpitaux de Nîmes, stomatologiste, dont les observations sur l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle sont conformes à celles que nous avons faites, m'a communiqué le cas suivant intéressant à ce point de vue : chez

une dame de quarante-cinq ans, à qui il avait été nécessaire de donner des doses très répétées de chlorure d'éthyle, dans la station assise, pour une opération dentaire, le pouls devint petit, filiforme, avec pâleur de la face ; on dut faire respirer à la malade du nitrite d'amyle.

L'analgésie précède l'anesthésie, et reparaît après sous forme d'analgésie de retour ; il y a résolution musculaire, absence de souvenirs douloureux au réveil, alors même que le malade a pu parler ou se plaindre pendant l'opération.

Le réveil est toujours facile et agréable. Le malade peut causer, s'asseoir pour le pansement, descendre seul de la table d'opération, aller à pied sans vertiges, se coucher, ou même retourner chez lui, en se promenant, n'ayant, dans la généralité des cas, ni nausées, ni vomissements, ni malaise d'aucune sorte.

Parfois, le malade anesthésié au chlorure d'éthyle assiste à son opération sans la moindre souffrance ; il en suit toutes les phases sans appréhension, avec une tranquillité parfaite.

Certains ont des rêves agréables pendant l'opération. Une dame à qui je trépanais le tibia pour une ostéomyélite a suivi les temps de l'opération au début et à la fin, et elle eut pendant la période d'anesthésie un rêve très agréable : elle se sentait emportée dans une voiture légère, traînée par de fougueux coursiers, sur une route délicieuse, dans un pays charmant, au milieu des bois et des fleurs.

Les malades anesthésiés au chlorure d'éthyle ont très rarement au réveil des nausées ou vomissements, qui, lorsqu'ils se produisent, sont toujours de courte durée.

Nous n'avons jamais observé d'ictère et d'altération des urines.

Il n'est pas indifférent d'employer pour l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle tous les tubes que l'on trouve dans le commerce pour l'anesthésie locale ; il est nécessaire d'avoir un jet assez fort pour que le chlorure d'éthyle, projeté sur la compresse, fasse une tache liquide au lieu de se transformer en neige.

La durée de l'anesthésie générale ou plutôt de l'analgésie au chlorure d'éthyle peut être de cinq à dix minutes, avec une seule dose ; mais avec des doses petites et répétées, quatre ou cinq, on peut obtenir l'insensibilité pendant quinze ou vingt minutes ; cependant, si l'opération doit se prolonger, il vaut mieux faire une anesthésie mixte : chlorure d'éthyle et chloroforme.

Dans les anesthésies mixtes, chlorure d'éthyle et chloroforme, le chlorure d'éthyle supprime complètement ou à peu près l'excitation du début de l'anesthésie chloroformique et permet de réduire beaucoup la quantité de chloroforme inhalé, comme me l'ont prouvé nettement plusieurs observations d'anesthésie mixte chez des alcooliques.

Chez certains malades nerveux ou alcooliques, on observe parfois, au moment du passage du chlorure d'éthyle au chloroforme, un peu d'excitation avec fréquence du pouls, qui ne dure pas, et l'anesthésie est bientôt calme et complète.

Un inconvénient du chlorure d'éthyle est son action rapide, parfois instantanée, dès la première inhalation. Des dangers sérieux pourraient résulter de la susceptibilité que présentent certains malades à l'égard de ce médicament, et surtout à cause de la facilité avec laquelle le public peut se le procurer comme analgésique local, ce qui risque de donner lieu à des abus, même criminels.

Certains malades sont absolument réfractaires à l'action anesthésiante du chlorure d'éthyle. Nous en connaissons trois cas. Chez un jeune homme de vingt-cinq ans, très nerveux, ayant une terreur considérable à la pensée de se faire arracher une dent, le Dr Romieux et moi avons donné des doses répétées et même assez fortes de chlorure d'éthyle, sans obtenir le moindre résultat ; nous avons dû y renoncer. Le Dr Romieux a observé un fait semblable. Enfin, dans un autre cas, le Dr Olivier de Sardan, qui m'assistait, a fait de vaines tentatives pour endormir le malade au chlorure d'éthyle et a été obligé de recourir à l'anesthésie au chloroforme.

J'ai employé l'anesthésie au chlorure d'éthyle chez des enfants et des vieillards, sans inconvénients ; je ne sais pas quelle peut être son action chez des cardiaques ou les malades présentant des affections chroniques du poumon, n'ayant pas encore à cet égard un nombre suffisant d'observations.

D'après les recherches que j'ai faites sur l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, en me basant sur les travaux publiés à l'étranger et en France, sur mes cas personnels ou ceux dont j'ai eu connaissance, on n'a encore jamais observé ou du moins publié un seul cas de mort par cet anesthésique. Il paraît donc ne pas être dangereux, mais à condition qu'il soit administré à doses petites, ne dépassant pas *cinq* centimètres cubes, doses régulièrement espacées, et que l'anesthésie ne dure qu'un temps relativement court, variable suivant la tolérance personnelle du malade. On doit, en tout cas, rester au-dessous de *vingt-cinq* centimètres cubes.

Nous avons actuellement, dans le chlorure d'éthyle, un excellent moyen d'obtenir sans accidents et très facilement une analgésie parfaite et suffisante pour des opérations de courte durée ; c'est surtout dans ces cas que l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle nous paraît être un procédé de choix. Pour les opérations de longue durée, le chlorure d'éthyle nous donne la faculté de

supprimer la période dangereuse ou d'excitation du début de l'anesthésie chloroformique.

Discussion.

Sur la chloroformisation.

M. TUFFIER. — J'ai perdu en 1892 un de mes opérés pendant la chloroformisation : j'entends que sa mort semble bien due à l'anesthésique seul et non à la manière dont il fut donné, non plus qu'à une tare organique quelconque ou à un état général défectueux du sujet. Il s'agissait d'un homme parfaitement constitué, en bonne santé, que je devais opérer d'une fistule anale. Il avait accepté l'opération sans appréhension, et s'était laissé anesthésier avec le plus grand calme. La chloroformisation suivait son cours régulier, lorsque, subitement, vers la dixième minute, le malade cessa de respirer : il était mort. Tout ce que je fis pour le rappeler à la vie fut inutile. L'autopsie ne me révéla rien qui pût m'expliquer cette mort subite, que j'attribuai à l'anesthésique seul.

C'est alors que je résolus d'étudier le mécanisme de l'anesthésie par le chloroforme, afin de chercher à éclairer la pathogénie et la marche de ses accidents et de trouver ainsi, logiquement, les moyens d'y remédier. Permettez-moi de vous exposer ici brièvement le résultat de ces recherches et les conséquences pratiques que j'ai cru pouvoir en tirer.

Le chloroforme est une neurotoxine que nous faisons agir par l'intermédiaire d'une toxhémie primitive. Je m'explique : quand nous chloroformons un malade, nous introduisons dans son sang, par l'intermédiaire de l'arbre respiratoire, un agent toxique soluble qui est transporté dans tout l'organisme et fixe son action sur le système nerveux. Il excite, puis paralyse successivement l'écorce grise cérébrale, puis les cellules de l'axe gris médullaire, d'où l'excitation primitive et la disparition secondaire des phénomènes de l'intelligence, de la volonté et de la motilité; il attaque ensuite les noyaux gris du bulbe, d'où la paralysie des nerfs craniens, pour s'arrêter au noyau du pneumogastrique, dont les cellules, plus résistantes à l'agent toxique, continuent à fonctionner et maintiennent les fonctions de la respiration et de la circulation. Si l'on continue alors les inhalations chloroformiques, ce noyau même est empoisonné : la respiration, puis la circulation cessent, et la mort en est la conséquence. C'est donc au niveau de

ces cellules du pneumogastrique que se joue tout le drame des accidents chloroformiques.

Pour étudier le mécanisme de ces accidents respiratoires et circulatoires nous avons, M. Hallion et moi, réalisé un certain nombre d'expériences au laboratoire du Collège de France. Sur des chiens nous avons enregistré, par la méthode graphique, *simultanément* le pouls, la pression artérielle, les pulsations cardiaques, les mouvements respiratoires pendant la chloroformisation faite comme chez l'homme. Voici les résultats obtenus.

Dès que l'animal est soumis aux inhalations de l'anesthésique, *la pression artérielle s'abaisse*, et cela d'une façon d'autant plus brusque que la dose de l'agent est plus massive. Cet abaissement de pression diminue un peu avec l'accoutumance, mais elle augmente avec chaque nouvelle dose de chloroforme, si bien que le tambour enregistreur montre un abaissement progressif du tracé. Si nous poursuivons ces inhalations, nous voyons successivement *la respiration* s'arrêter, puis le tracé *du pouls* disparaître, et enfin la *pointe du cœur*, qui, longtemps après la disparition des oscillations du pouls artériel, avait ondulé, cesser également de battre: l'animal est mort. Si vous l'abandonnez à lui-même, il est définitivement mort ; mais si, dans un temps qui varie de deux à cinq minutes après cette mort, vous faites le massage prolongé et bien rythmé du cœur, vous pouvez réveiller ses contractions, ramener la circulation, puis la respiration ; puis toutes les fonctions reparaissent, c'est-à-dire que l'animal revit, survit à l'opération et guérit complètement : j'en ai gardé en parfaite santé pendant plusieurs mois.

De ces expériences, maintes fois répétées, on peut tirer quelques indications pour la pathologie humaine. Cet abaissement de la pression artérielle, qui succède immédiatement aux premières inhalations, vous explique ces morts rapides ou foudroyantes du début de la chloroformisation. Les faits qui vous ont été présentés ici parlent tous dans le même sens : ce sont des malades très anxieux, souvent terrorisés, c'est-à-dire en imminence de syncope, avec ce pouls dépressible de tous les états lipothymiques, qui fournissent le plus lourd contingent de mortalité. Pour moi, le chloroforme est venu augmenter cette hypotension artérielle et a déterminé la syncope cardiaque qui ne demandait qu'à se produire. Il en est de même chez les aortiques ou les malades atteints de myocardite scléreuse. L'indication thérapeutiqne ressort de cette explication : chez ces malades terrorisés, à pression artérielle faible, je ne donne jamais de chloroforme; c'est à l'éther qu'il faut avoir recours. Si la faiblesse de cette tension artérielle est sous la dépendance d'un état grave, comme un étranglement her-

niaire, je me contente d'une simple analgésie locale par une pulvérisation d'éther ou de chlorure d'éthyle.

Dans le cours de la chloroformisation, nos expériences nous ont montré un fait intéressant : les accidents provoqués par le chloroforme ne cèdent pas *dès qu'on cesse les inhalations*; ils se poursuivent, ils peuvent même augmenter pendant quelques minutes, malgré l'absence de toute absorption nouvelle. C'est que le chloroforme, la neurotoxine, existe dans le sang, et, au moment même où elle agit sur le système nerveux, c'est la richesse du sang en toxine, c'est la toxhémie qui régit son action; il faut donc que le sang ait le temps de perdre une partie de sa teneur en chloroforme avant que les noyaux gris puissent se débarrasser de leur poison. Pour cela, il faut que la circulation continue et qu'un sang moins riche en toxine permette la résorption de celle qui est au contact des éléments nerveux. C'est ce qui nous explique pourquoi la mort dans la chloroformisation peut se produire alors que les inhalations sont relativement peu riches en poison, ou alors même que toute absorption a cessé. L'aide nous dit : « J'avais cessé l'administration du chloroforme quand le malade a cessé de respirer. » Les accidents avaient débuté avant, ils n'ont fait que continuer. Si, par malheur, la circulation cesse un seul instant, la mort est inévitable, puisque rien ne peut lever cette intoxication des cellules bulbaires.

La respiration s'arrête avant les pulsations artérielles, et celles-ci disparaissent assez longtemps avant l'arrêt du cœur. C'est ce qui nous explique le peu de gravité des syncopes respiratoires; elles sont le premier symptôme de l'intoxication des cellules du nœud vital. Pour ma part, je considère la syncope cardiaque comme la seule redoutable, je dirais volontiers la seule qui soit mortelle, et *fatalement* mortelle, car je n'ai jamais vu et je ne connais pas d'exemple d'un homme rappelé à la vie après la disparition *bien constatée de toute contraction cardiaque.* C'est vous dire que j'attache la plus grande importance aux caractères du pouls pendant la chloroformisation et que je tiens ces renseignements comme indispensables; l'amplitude, la régularité, le rythme, tout ici a une importance. Dans la syncope respiratoire, la circulation persistant, nous avons tout lieu d'espérer qu'avec une respiration artificielle bien faite et suffisamment prolongée, le sang parviendra à diminuer sa teneur en chloroforme et que les vaisseaux du bulbe enlèveront aux cellules leur toxine, et cela d'autant mieux que l'intoxication cellulaire du pneumogastrique n'est qu'à son début. C'est dans ces cas, et dans ces cas seulement, que vous verrez des malades rappelés à la vie après un quart d'heure, une demi-heure, une heure de respiration artificielle. Aussi, dans

toutes ces observations où l'auteur vous vante tel ou tel procédé qui lui a réussi dans les cas désespérés, devez-vous tenir compte tout d'abord, essentiellement et même exclusivement, de ce fait : s'agissait-il d'un simple arrêt de la respiration? le cœur continuait-il à battre? Or les observations sont muettes sur ce point.

Si le cœur a cessé de battre, la circulation est arrêtée; comment voulez-vous que les cellules paralysées recouvrent leur pouvoir fonctionnel? Elles ne peuvent se débarrasser de leur toxine. C'est en faisant — passez-moi le mot — une circulation artificielle, c'est-à-dire en agissant directement sur le cœur, que vous pourrez obtenir un résultat. Que peut faire l'ampliation du thorax? Exciter les terminaisons du pneumogastrique, voilà tout. Cette ampliation, cette respiration artificielle que nous pratiquons dans ces cas, agit à mon avis par un autre mécanisme. Lorsque vous faites le mouvement d'inspiration, le sang ne peut affluer dans le poumon si le cœur ne fonctionne pas; quand, dans le mouvement d'*expiration* forcée, vous ramenez fortement les deux bras du malade sur sa poitrine, vous comprimez la cage thoracique et le cœur, vous pressez sur ses cavités et vous faites une circulation artificielle. Je ne vois que ce mécanisme qui soit capable d'expliquer le succès de cette méthode dans la syncope cardiaque.

Cette façon d'envisager les accidents cardiaques nous conduit à admettre la manœuvre que j'ai proposée en pareils cas, il y a quelque six ans, lorsque l'arrêt du cœur et la mort ne font aucun doute. Nos expériences nous ayant prouvé que les pressions rythmées du cœur, véritables contractions aritficielles, sont susceptibles de rétablir la circulation, je ne vois pas pourquoi on ne tenterait pas cette manœuvre chez l'homme. La pression doit être faite sur les ventricules, elle doit être suffisante pour amener l'effacement des cavités, elle doit rappeler par son rythme celui du cœur, enfin elle doit être poursuivie pendant cinq à dix minutes. Depuis mes recherches sur ce point, et le fait clinique que je vous ai rapporté, trois succès temporaires ont été obtenus, dont le dernier a permis au malade de vivre encore douze heures.

Laissant de côté la question de physiologie pathologique, j'arrive à la question pratique de l'administration du chloroforme.

Je suis théoriquement opposé à toute méthode d'anesthésie combinée, par deux ou plusieurs agents. Je considère qu'on multiplie ainsi les chances de mort, chacun des médicaments étant à lui seul un poison dangereux. Pratiquement, la seule tentative de ce genre que j'aie faite est celle de la méthode de Dastre appliquée à l'homme, c'est-à-dire l'injection sous-cutanée d'atropomorphine cinq minutes avant l'administration du chloroforme.

Cette méthode avait au moins pour elle la logique. Je viens de vous montrer que les accidents graves et mortels sont d'origine cardiaque et sont dus à des troubles dans le fonctionnement du pneumogastrique. Or vous savez que l'atropine interrompt toute activité de ce nerf. Chez les animaux, le fait est très remarquable et de notoriété vulgaire, et ceux qui sont le plus sensibles à l'action néfaste du chloroforme supportent impunément cet anesthésique, à la condition d'être atropinisés. J'ai fait dix anesthésies chez l'homme en 1889, après avoir injecté 2 centigrammes de morphine et 1/2 milligramme d'atropine dix minutes avant la chloroformisation. Je notai alors minute par minute tous les incidents que présentait le malade pendant toute la durée de l'opération et après cette opération. J'ai autrefois communiqué tous les détails de ces observations à mon collègue et ami Brun. Voici les résultats obtenus : la période d'excitation du début de l'anesthésie faisait défaut, la quantité de chloroforme nécessaire à l'anesthésie et à son maintien était certainement beaucoup moindre, le sommeil était parfait, il était même trop profond, et ressemblait plus à du coma qu'au sommeil naturel. Mais, surtout, il durait pendant une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure après la cessation de toute inhalation chloroformique, et cette période était vraiment effrayante. Aussi, sans avoir à déplorer d'autre incident, ai-je abandonné cette méthode chez l'homme; mais je m'en sers toujours en médecine opératoire expérimentale.

Actuellement, et quand il me paraît indiqué, je fais administrer à mes opérés du chloroforme pur. Je n'insiste pas sur les qualités que doit avoir un bon chloroforme : je crois qu'à l'hôpital tout aussi bien qu'en ville, l'anesthésique nous est fourni, à de rares exceptions près, avec toutes les garanties de pureté désirables. Du moins n'ai-je jamais rien observé dans mon service qui pût me faire incriminer le chloroforme fourni par mon pharmacien.

Je n'ai point de chloroformisateur attitré, et fais donner l'anesthésique par mes internes ou par mes externes, sous ma responsabilité, c'est-à-dire sous ma surveillance directe. Je veille à ce que le chloroforme soit toujours administré par petites doses fractionnées, de façon à ne jamais arriver à une saturation complète du sang : de la sorte les alertes sont exceptionnelles; elles sont fréquentes, au contraire, avec les aides qui ont l'esprit inattentif et la main lourde et distribuent le chloroforme sans compter dès que le sujet fait un mouvement qui indique son réveil.

La respiration est constamment surveillée : je l'interroge moi-même, de temps à autre, au cours de l'opération. Devient-elle moins ample, moins régulière, je fais aussitôt rejeter la com-

presse et je laisse respirer le malade jusqu'à ce que le rythme respiratoire soit redevenu normal.

Mais c'est surtout l'état du pouls qui exige toute l'attention du chloroformisateur; celui-ci doit l'avoir en permanence sous son doigt, de façon à en apprécier à tout instant les caractères : amplitude, régularité, fréquence. A défaut du pouls radial, il interrogera le pouls temporal, généralement facile à sentir. Les modifications du pouls sont d'ailleurs le plus souvent annoncées, comme je l'ai dit plus haut, par les modifications du rythme respiratoire; il sera donc, en général, aisé de les prévoir et de les prévenir en interrompant ou en ralentissant la chloroformisation.

L'état de la pupille ne procure que des renseignements inconstants et trompeurs : il en est de même des renseignements fournis par le réflexe cornéen. Leur examen, sur lequel on s'appuie si souvent pour diagnostiquer une anesthésie incomplète, complète ou trop profonde, fournit des résultats tellement variables suivant les sujets qu'on ne peut véritablement en tirer aucune donnée certaine sur l'état du sujet au point de vue de la narcose. Cependant la dilatation de la pupille indique toujours une participation du sympathique dans les accidents observés; ce symptôme est donc en général d'une certaine gravité. Il me resterait encore bien des choses à dire sur les morts tardives survenant quelques heures ou quelques jours après la chloroformisation et qui lui sont attribuables; mais c'est un sujet que vous n'avez pas voulu faire entrer dans la discussion et que je ne traiterai donc pas aujourd'hui.

M. Broca. — Je ne veux prendre la parole que sur le point très spécial de l'anesthésie mixte au bromure d'éthyle et au chloroforme. Je ne crois pas que ce procédé, souvent fort utile, nous assure d'une innocuité parfaite, car j'ai observé un cas de mort après son emploi — ou plutôt j'étais absent de l'hôpital quand a eu lieu l'accident, au cours d'un redressement du genou, et quand j'arrivai à mon service je trouvai mon ami Jalaguier, qui avait bien voulu venir auprès du patient, occupé sans succès à toutes les manœuvres classiques, y compris la trachéotomie.

M. Richelot. — M. Broca vient de dire que l'enfant avait été « endormi d'abord avec le bromure d'éthyle ». Or, j'ai protesté contre l'emploi du bromure comme anesthésique général, j'ai dit qu'il était plus dangereux que le chloroforme. Je répète que « l' anesthésie par le bromure d'éthyle » n'a aucun rapport avec le procédé que j'ai décrit; et je récuse tous les cas d'accidents qu'on pourra me citer, toutes les fois qu'on aura endormi le malade avec le bromure, surtout si on l'a étouffé, asphyxié brutalement, comme je l'ai vu faire.

M. Potherat. — Si j'ai demandé la parole, ce n'est point pour apporter dans la discussion actuelle des arguments nouveaux ou décisifs. Sur le plus grand nombre des points je ne puis que répéter ce qu'ont si bien dit les orateurs qui m'ont précédé, et dont quelques-uns ont pu appuyer leur exposé sur une expérience beaucoup plus longue que la mienne.

Mais la question actuelle touche à la pratique journalière; elle est de tous les instants pour ainsi dire. En ces dix ou quinze dernières années l'anesthésie générale s'est multipliée avec le nombre considérablement croissant des opérations; aussi est-ce par milliers que même les plus jeunes d'entre nous comptent les anesthésies générales qu'ils ont pratiquées ou fait pratiquer sous leur responsabilité. Pour tous, opérateurs et opérés, le sujet est, on peut le dire, palpitant d'intérêt, et il convient que chacun de nous apporte dans la discussion le résultat de ses observations, le fruit de son expérience personnelle.

C'est en m'inspirant de ce sentiment que je vous demande la permission de vous présenter les réflexions qui vont suivre.

Bien que la question ait été nettement posée sur les dangers du chloroforme seul, la discussion a parfois un peu dévié, et plusieurs de nos collègues ont exposé les avantages ou les inconvénients de l'association du chloroforme à d'autres agents analgésiques ou anesthésiques : morphine, atropomorphine, bromure d'éthyle, etc. — Notre collègue Marchant a même mis en parallèle le chloroforme et l'éther, pour accorder à celui-ci toutes ses préférences.

I. — Sur ce dernier point, je partage absolument l'opinion de notre sympathique collègue. Pendant plusieurs années j'ai fait un usage presque exclusif de l'éther comme agent d'anesthésie générale. J'avais été entraîné dans cette voie par deux de mes internes, MM. Anghelesco et Lenoble, dont la compétence en cette matière était tout à fait hors de pair, ainsi qu'en témoignent les travaux qu'ils ont publiés.

Jamais avec l'éther je n'ai observé d'accident pendant l'opération; jamais, alors même que je l'ai fait administrer par les plus inexpérimentés, je n'ai eu l'ombre d'une alerte, et je demeure convaincu qu'avec l'éther, même médiocrement administré, on n'observera aucun accident immédiat.

C'est d'ailleurs un point qu'on accorde généralement, mais ceux-là mêmes qui sont les plus accommodants sur ce point proclament à l'envi les accidents consécutifs à l'éthérisation, accidents pulmonaires de bronchite, de congestion, etc. Je ne veux pas discuter ce point qui nous éloignerait du sujet; je dirai seulement que je n'ai pas, je n'ai jamais personnellement observé ces

accidents consécutifs. Peut-être ai-je été particulièrement favorisé, bien qu'une bonne fortune prolongée pendant des mois et des années soit un fait bien exceptionnel. Non seulement je n'ai observé ni congestion ni pneumonie, mais j'ai même eu l'occasion, que je n'avais pas recherchée, bien entendu, d'administrer l'éther à une pneumonique, quelques heures après le frisson initial de sa pneumonie, laquelle m'avait été cachée. Malgré près d'une heure d'éthérisation, malgré une opération très laborieuse d'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, cette malade, que j'avais opérée dans le service de mon cher maître, notre président M. Bouilly, faisait au 9e jour sa défervescence, et guérissait comme une pneumonie aiguë, franche, fibrineuse qu'elle était.

Je crois donc que l'éther est un excellent anesthésique, qui présente de grands avantages; mais il ne faut oublier ni sa volatilité ni son inflammabilité, qui sont des inconvénients suffisamment gros pour ne pas lui donner complètement le pas sur le chloroforme. Aussi est-ce encore le chloroforme que j'emploie le plus souvent.

II. — Notre collègue M. Quénu, pour atténuer l'émotivité du malade, préconise l'administration préalable par la voie sous-cutanée de 1/2 à 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

C'est une pratique que j'ai vu employer il y a une quinzaine d'années par mon maître regretté le professeur Trélat. Il faisait, quelques heures avant l'opération, prendre quelques grammes de chloral, et une demi-heure avant l'administration du chloroforme il faisait injecter un centigramme de morphine. Or, cette pratique ne parut pas améliorer notablement l'innocuité du chloroforme, il sembla même qu'elle n'était pas sans inconvénients; il n'y eut pas pendant cette période de mort, mais les alertes avec nécessité de respiration artificielle furent nombreuses, et au bout de quelques mois M. Trélat renonçait à ce *modus faciendi.*

Ces injections préalables de morphine faillirent même tuer une de mes opérées du service de mon maître M. Segond. Il est vrai que la malade, morphinomane avérée, s'était en cachette fait, avant l'hystérectomie vaginale pour fibrome que je devais lui pratiquer quelques minutes après, huit injections de 2 centigrammes chacune : elle resta dans un état demi-syncopal pendant plus de douze heures.

Je crois que c'est par de bonnes paroles, par des encouragements donnés de vive voix, par l'exemple des malades précédemment opérés, et dont on invoque le témoignage devant le futur opéré, — que c'est en procédant par douceur et persuasion qu'on arrive encore le mieux et le plus sûrement à calmer les appréhen-

sions, si vives soient-elles, qu'inspire à quelques malades l'administration du chloroforme.

III. — M. Richelot nous a beaucoup vanté, en s'appuyant sur sa pratique personnelle, les avantages qu'offre le *bromure d'éthyle* administré sous forme de quelques inhalations avant la chloroformisation proprement dite. Cette méthode avait déjà été préconisée par notre collègue Hartmann dans un mémoire de la *Revue de chirurgie* 1893, publié en collaboration avec M. Henri Bourdon.

Or, M. Hartmann lui-même vient affirmer ici que la méthode n'offre pas autant de sécurité que veut bien le dire, ou plutôt que l'a observé M. Richelot, et il confirme en cela la courte expérience de mon ami Delbet, expérience acquise dans le service même de M. Richelot.

J'ai vu moi-même cette méthode employée pendant quelques temps dans le service de mon maître M. Segond, par un de ses internes, M. Malherbe, qui avait, je crois, fait ses preuves à cet égard dans le service de M. Terrier, probablement sous la direction de M. Hartmann.

Or, ce que j'ai vu à la Maison Dubois ne m'a pas paru encourageant, et bien qu'il n'y ait eu aucun accident mortel, j'ai vu plus d'une alerte sérieuse, malgré les inhalations préalables de bromure d'éthyle, et l'impression que j'en avais gardée était que cette manière de faire aggravait plutôt qu'elle n'améliorait l'anesthésie chloroformique. J'ajouterai que les malades qui devaient subir une nouvelle opération nous suppliaient de ne pas employer le bromure d'éthyle, dont ils gardaient un souvenir empreint de la plus grande terreur.

Aussi, je ne suis partisan ni de l'injection préalable de morphine, ni des inhalations de bromure d'éthyle. Lorsque j'emploie le chloroforme comme mode d'anesthésie, c'est lui seul que j'emploie du commencement à la fin, et c'est de son emploi à titre exclusif qu'il me reste à parler.

Je dirai tout de suite et pour n'y plus revenir, qu'*une fois*, une seule, j'ai observé cette *salivation anormale*, abondante, excessive, qu'a notée notre collègue Routier. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-sept ans, que je me proposais d'opérer d'une division congénitale du palais; la salivation fut telle aux deux tentatives que je fis, à plusieurs jours de distance, que je dus renoncer à la chloroformisation, dans l'impossibilité où j'eusse été de pratiquer mon opération au milieu des flots de salive sans cesse renouvelés.

IV. — Vis-à-vis de la chloroformisation, mon expérience personnelle se compose, comme pour chacun d'entre nous, de deux périodes distinctes : une période où, bénévole, externe, interne, j'administrais moi-même le chloroforme; une période où, de-

venu chirurgien des hôpitaux, je fis administrer le chloroforme.

Dans la première période, j'ai fait un très grand nombre d'anesthésies, soit à l'hôpital, soit en ville, dans la clientèle de plusieurs de mes maîtres. L'un d'eux, très occupé, me confia toutes ses chloroformisations pendant neuf années consécutives.

Or, pendant cette longue période de pratique personnelle et directe, je n'ai eu, non seulement *aucun cas de mort*, mais *aucune alerte*; jamais je ne me vis dans la nécessité de faire la respiration artificielle, ou de recourir à tout autre mode d'excitation respiratoire. Quel qu'ait été le malade, quelle qu'ait été l'opération, quelle qu'en ait été la durée, je n'observai jamais ni accident, ni incident.

Il n'en fut pas de même pendant la deuxième période d'un peu plus de dix années maintenant où j'ai fait administrer le chloroforme. Je n'ai eu aucun cas de mort, mais j'ai eu bien des alertes; nombre de fois je dus avoir recours à ce puissant moyen de rappel à la vie que nous fournit la respiration artificielle.

Or, Messieurs, si j'analyse d'un peu plus près cette deuxième période, je vois ceci : pendant de nombreux mois, parfois presque une année, aucun accident, pas d'alertes; puis, tout à coup, pendant quelques jours, quelques semaines, les alertes se multiplient. Et si j'en crois ce qu'ont dit quelques-uns de nos collègues, les choses se présentent de même dans leur pratique. Rappelez-vous les communications de nos collègues Ricard et Michaux.

Ces fâcheuses intermittences dans les bonnes chloroformisations, on les voit quand on est titulaire d'un service, mais on les a observées plus souvent encore quand, chirurgien du Bureau central, on faisait des suppléances. C'est alors qu'on observe des choses contradictoires comme celle-ci : pendant le même temps, je fus chargé d'un service à Beaujon, celui de M. Labbé, et d'un service à Cochin, celui de M. Bouilly. A Cochin, tout va bien, pas d'alertes; à Beaujon, il ne se passe presque pas de jour que je n'aie à faire la respiration artificielle. Bon chloroforme ici, dira-t-on; là, mauvais chloroforme. Mais, sans rappeler que M. Regnauld déclarait en 1882, à l'Académie de Médecine, qu'il était presque impossible de dire en quoi consiste un bon et un mauvais chloroforme, n'avez-vous pas bien souvent remarqué qu'avec le même chloroforme tout marche bien un jour et tout va mal le lendemain? D'ailleurs, ici et là, c'était le chloroforme des hôpitaux.

Or, en me basant sur mon expérience personnelle, je crois, je crois fermement, que ces différences tiennent bien moins aux qualités du chloroforme employé, qu'au mode d'administration. Chacun de nous n'a-t-il pas maintes fois observé qu'avec tel de ses élèves l'anesthésie marche toujours régulièrement, parfaite-

ment, sans encombre, à ce point qu'au bout de quelques semaines on n'a plus la moindre préoccupation; qu'avec tel autre élève les alertes sont fréquentes ou tout au moins fréquemment menaçantes?

Un de mes plus distingués élèves, un de nos futurs collègues, entre dans un service que je dirigeais pour six mois à l'Enfant-Jésus. Il fait successivement trois chloroformisations suivant une manière qu'il avait coutume d'employer et que j'estime mauvaise; deux fois je suis obligé d'interrompre l'opération et de pratiquer la respiration artificielle. Convaincu par mes arguments, il veut bien modifier son *modus faciendi*; à partir de ce moment, nous n'observons plus aucun accident.

En dehors des hôpitaux de l'Assistance publique, je suis depuis dix ans chargé d'un service de chirurgie où je n'ai que des élèves entrant tout jeunes, et restant pendant plusieurs années sous ma direction, élèves que je puis façonner suivant mes idées. Or, dans ces dix années, je ne me rappelle pas avoir pratiqué plus de deux fois, et par mesure de prudence, la respiration artificielle; encore s'agissait-il dans les deux cas d'élèves tout nouvellement entrés dans le service.

Ceci revient à dire, Messieurs, que, dans mon opinion, le mode d'administration du chloroforme est capital.

Il y a deux modes de chloroformisation que, dans mes jeunes années, nous avions coutume d'appeler la méthode de Gosselin et la méthode de Saint-Germain. Je ne veux nullement me porter garant de la légitimité de cette paternité. La méthode dite de Saint-Germain représentait pour nous l'emploi du chloroforme à doses massives, et sans laisser pénétrer l'air entre la compresse imbibée et la bouche sur laquelle elle était fortement appliquée. Pour moi, cette méthode, très commode chez les enfants indociles, est franchement mauvaise. C'est avec elle que j'ai observé toutes les alertes, soit qu'elle fût employée méthodiquement de parti pris comme le faisait l'interne des Enfants-Malades ou les élèves du service de Beaujon, dont je vous parlais plus haut, soit qu'elle fût accidentellement employée dans un cas comme celui-ci.

L'opération est commencée, le malade s'agite un peu, l'opérateur s'impatiente, invective le chloroformisateur. Celui-ci, désireux de satisfaire son chef et surtout de s'éviter des apostrophes désagréables, verse tout à coup une rasade sur la compresse; le calme est obtenu, mais la compresse est toujours imbibée, elle continue à s'appliquer sur le visage de l'opéré, et le malade, qui semblait devoir bien se comporter vis-à-vis du chloroforme jusque-là, tout à coup se cyanose et cesse de respirer.

Le chirurgien, mis en éveil par la coloration de la peau, par des tissus qui cessent de saigner, voit le danger; il fait la respiration

artificielle, ou la fait pratiquer; bientôt la respiration reprend; cela n'a été qu'une alerte; mais quelques minutes de retard dans l'emploi de la respiration artificielle, et l'alerte prenait un nom plus fâcheux.

La méthode dite de Gosselin est la méthode lente, progressive, que l'on pourrait appeler *intermittente* ou *mixte*, car le malade respire constamment un mélange d'air et de vapeurs chloroformiques. Cette méthode, que Gosselin exposait avec tant de méticulosité devant l'Académie de Médecine en 1882, est, à mon avis, la bonne méthode. Voici comment je la mets en pratique.

Le malade reposant à plat, dégagé de tout lien pouvant gêner si peu que ce soit sa respiration ou sa circulation, est endormi hors de la salle d'opération, ou hors de la vue des instruments s'il doit être endormi dans la salle d'opération. Le chloroformisateur et le chirurgien l'encouragent par de bonnes paroles, lui montrent comment il doit respirer : par la bouche entr'ouverte, et en faisant de profondes inspirations. Le chloroforme est versé en petite quantité, sur un point de la compresse; celle-ci est approchée lentement, avec précaution, prête à s'éloigner si le malade se prête mal aux inhalations ou si l'odeur le suffoque. Puis elle revient et s'impose petit à petit; lentement ou rapidement suivant les cas, le malade s'habitue, il respire plus librement, plus largement; le choroforme est alors versé un peu plus abondamment et un peu plus souvent, mais la compresse s'éloigne encore fréquemment; pendant son application même, un doigt interposé entre elle et la bouche permet l'arrivée de l'air en même temps que des vapeurs chloroformiques. Il y aura ou il n'y aura pas d'agitation à ce moment, et l'agitation est certainement moindre avec la méthode lente et progressive qu'avec la méthode massive et intensive, mais bientôt tout rentrera dans le calme et la respiration deviendra tranquille, le pouls régulier, en même temps que la résolution sera obtenue. A ce moment, le chloroformisateur soulève la paupière, touche légèrement la cornée. Si la paupière se ferme violemment, le chloroforme est continué toujours à petites doses, espacées; mais bientôt cette réaction elle-même cesse, le malade est bien et dûment endormi. A ce moment, l'aide enlève la compresse, qu'il se tient tout prêt à réappliquer après y avoir versé quelques gouttes seulement de chloroforme, dès que le contact de la cornée provoque une contraction des paupières et indique que la résolution va cesser. Celle-ci rétablie, la compresse est de nouveau enlevée. Et ainsi de suite jusqu'à la fin de l'opération.

Dans ce *modus faciendi*, l'aide ne quitte jamais de l'œil le visage de son malade, il est constamment attentif à la respiration; à chaque instant il interroge la cornée, et ne palpe le pouls que de

temps à autre. Il est tout entier à son affaire et ne se préoccupe pas de l'opération. Par ses soins, le malade est dans une résolution suffisante pour assurer le calme nécessaire ; mais cette résolution est à la limite minima ; elle cesse très vite si on ne donne plus de chloroforme, elle revient immédiatement avec quelques gouttes seulement de chloroforme.

L'aide qui procède ainsi aura toujours à sa disposition une pince à langue, mais fera en sorte de n'avoir jamais à en faire usage. Car lorsque la langue retombe en arrière, c'est que la dose du chloroforme a été forte, sinon excessive; le malade est à ce moment à cette limite extrême de tolérance qu'on ne doit pas normalement attendre, encore moins dépasser. Quant à la pratique qui consiste à prendre la langue au préalable, je la trouve détestable. On impose au malade des souffrances qu'il vaut mieux lui éviter et on se prive de l'indication que fournit la chute de la langue pour montrer qu'on est à la limite extrême de la tolérance chloroformique. La propulsion en avant des mâchoires inférieures doit toujours être suffisante pour rétablir un rythme respiratoire régulier, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux tractions rythmées de la langue.

En procédant comme je viens de l'indiquer, on met un peu plus de temps pour obtenir la résolution du malade, mais qu'importent, en pareille matière, cinq ou même dix minutes, si les choses doivent mieux marcher? En outre, l'aide ne dépensera qu'une petite quantité de chloroforme. Avec 25 ou 30 grammes de chloroforme par heure, il obtiendra et maintiendra une résolution très suffisante. Ma confiance dans l'aide qui dépense peu de chloroforme n'a d'égale que la crainte que m'inspire l'élève qui emploie de grandes quantités de chloroforme; et pour pouvoir mieux suivre la consommation qui se fait pendant l'opération, j'ai soin de prescrire, chaque fois que je le puis, le chloroforme en flacons de 30 gr. Cette pratique est régulièrement suivie dans l'hôpital particulier que j'indiquais tout à l'heure et où j'obtiens les meilleures chloroformisations.

Voilà comment j'entends la bonne administration du chloroforme, et je suis convaincu qu'administré de cette manière le chloroforme, tel que nous le trouvons dans les bonnes maisons du commerce, tel même qu'il nous est fourni par les hôpitaux, mérite la confiance que lui marquait Sédillot jadis et que lui renouvelèrent plus près de nous Gosselin et Verneuil. Le chloroforme est un toxique, il doit donc être manié avec prudence et attention. Mais les limites entre lesquelles il peut être employé sans danger sont assez larges pour le rendre vraiment inoffensif à tout malade qui ne présente pas de trop grosses lésions viscé-

ralès. Je l'emploie, sans crainte, mais avec plus d'attention peut-être, chez les *cardiaques* quand leur lésion est parfaitement compensée : nombreux sont les mitraux et les aortiques auxquels je l'ai fait administrer sans aucun inconvénient.

Chez les sujets dont le myocarde est manifestement atteint, je préfère de beaucoup l'éthérisation. Mais je considère le chloroforme comme formellement contre-indiqué chez les malades atteints, d'une manière aiguë ou chronique, de lésions pulmonaires diminuant notablement le champ de la respiration et de l'hématose. C'est, à mon avis, presque sa seule contre-indication, mais elle est formelle.

Est-ce à dire qu'on ne doit jamais observer la mort au début, ou au cours d'une chloroformisation ? Je me garderais bien de soutenir une pareille thèse. Sans parler de ces morts survenues *avant* l'inhalation du chloroforme, et dont le chloroforme n'est assurément pas coupable, nul ne peut affirmer qu'il ne verra une syncope mortelle se produire aux premières inhalations du chloroforme, et je ne vois jusqu'ici aucun moyen qui nous mette à l'abri de cet accident heureusement fort rare. De même, je ne considère pas comme une mort évitable celle qui survient chez un sujet cachectique ou épuisé, auquel nous donnons prudemment le chloroforme pour lui pratiquer une opération que le devoir, la conscience, l'humanité nous obligeut à tenter afin d'essayer de conserver une existence. Ce n'est pas là, à proprement parler, une mort par le chloroforme ; le vase était plein, une goutte l'a fait déborder.

Enfin, pour terminer, je dirai que, contrairement à l'avis de quelques-uns de nos collègues, je ne suis pas partisan du chloroformisateur attitré dans nos services de chirurgie. Que chacun, à cet égard, en use à sa guise, soit, mais pas de mesure générale. Il n'est pas sûr qu'à cette mesure les malades des hôpitaux trouveraient leur bien, mais il est certain que les malades, en général, y perdraient beaucoup ; car, combien d'élèves, combien par suite de praticiens, quitteraient les hôpitaux n'ayant jamais administré le chloroforme, et s'étant même complètement désintéressés de son administration, qui se trouveraient cependant, à chaque instant, dans l'obligation d'y avoir recours !

Et puis quelle action avez-vous sur ce chloroformisateur officiel? Abandonnerez-vous vis-à-vis de lui vos justes prérogatives? Aurez-vous la conscience calme lorsqu'un accident se produira entre ses mains ? Ne garderez-vous pas toujours la responsabilité au moins morale d'actes que vous serez impuissants à diriger? A quoi bon alors ce nouveau rouage? Chacun de nous sait comment il convient d'administrer le chloroforme; chacun peut l'enseigner

aux meilleurs de ses élèves, aux plus sérieux, à ceux qui comprendront l'importance du rôle qu'ils ont à remplir, et par conséquent chacun peut faire d'eux de bons chloroformisateurs ; pour le surplus, gardons avec notre légitime autorité l'entière responsabilité de nos actes opératoires jusque dans leurs moindres détails.

C'est une lourde responsabilité qui pèse sur nos épaules, mais nous avons la conscience d'être partout et toujours à la hauteur de la mission qui nous l'impose.

M. Quénu. — J'ai limité les remarques que j'ai présentées au début de cette discussion aux accidents cardiaques, je pense qu'il y a tout intérêt à étudier à part les accidents dus à la chloroformisation, en les classant, afin de pouvoir comparer des faits semblables.

En dehors d'incidents non directement attribuables au chloroforme, tels que la pénétration de corps étrangers dans les voies aériennes, etc., les accidents chloroformiques peuvent être classés de la façon suivante :

Syncope respiratoire ;

Syncope cardiaque ;

Asphyxie progressive par excès d'anesthésique.

Les accidents respiratoires sont de beaucoup les plus fréquents, cette plus grande fréquence explique, je pense, les réflexions de M. Championnière, mais elle ne les justifie pas. Comme M. Championnière je suis d'avis que la surveillance de la respiration est le fait capital, surveillance faite avec l'oreille surtout, et comprenant le rythme, l'étendue de la respiration, comprenant aussi la façon dont s'accomplit l'hématose, etc. Mais il n'en importe pas moins de surveiller l'état du pouls, et ici je joins mes protestations à celles de MM. Delbet et Tuffier. Il faut surveiller le pouls : cela ne veut pas dire qu'il faut se borner à constater que le pouls existe, et que le cœur bat, il faut surveiller son rythme, se méfier des ralentissements subits, des faux pas, et surtout de la faiblesse indiquant un abaissement de la tension artérielle.

M. Tuffier nous a dit qu'il ne connaissait pas de cas où la syncope cardiaque ne se soit pas terminée par la mort, voilà du moins ce que j'ai cru comprendre ; il a presque raison, mais il exagère. J'accorde que souvent nous triomphons de la syncope respiratoire par la respiration artificielle. J'accorde que souvent nous demeurons impuissants devant une syncope cardiaque, mais je crois que cela tient précisément à ce que nous intervenons pour ces derniers cas trop tard, alors que le cœur est complètement arrêté, tandis qu'il eût fallu agir lorsque le cœur accusait son mauvais fonctionnement par des altérations du pouls ; et même lorsque le

pouls cesse, il ne faut pas perdre immédiatement courage. L'affirmation de M. Tuffier m'oblige à vous rappeler une observation que j'ai déjà citée. Un malade très émotif était endormi par un chloroformiste de profession, la respiration était normale. Tout d'un coup, le Dr Guyot, qui tenait le pouls, dit : « Le pouls faiblit ». La compresse est enlevée à la seconde, puis, quelques secondes après, le pouls ne bat plus. La respiration artificielle, la traction de la langue, les excitations cutanées sont mises en œuvre, et nous sommes assez heureux pour sentir à nouveau les battements du cœur. Il ne faut donc pas perdre courage même si le cœur semble cesser de battre ; mais il vaut mieux encore intervenir, alors que le cœur, ne cessant pas de battre, bat anormalement, et c'est pour cela qu'il faut surveiller la circulation comme la respiration.

Quant au mécanisme de la mort invoqué par les physiologistes, je suis un peu sceptique. M. Poirier se rappellera le temps où, fréquentant les laboratoires de physiologie au moment de notre concours d'agrégation, nous entendions un professeur éminent nous dire qu'il n'avait plus d'accident chez les chiens depuis qu'il administrait des mélanges titrés de vapeur de chloroforme et d'oxygène. Or, le premier chien qui fut chloroformé devant nous par ce procédé et par ce professeur, mourut subitement.

Rapport.

Gastrostomie avec torsion des parois stomacales pour un rétrécissement, avec dilatation énorme de l'œsophage probablement d'origine congénitale, par M. le Dr Souligoux.

Rapport par PAUL REYNIER.

Messieurs, notre collègue des hôpitaux M. Souligoux nous a présenté dernièrement un malade auquel il avait pratiqué une gastrostomie par un procédé nouveau, sur lequel il attirait notre attention. Cette gastrostomie avait été nécessitée par un rétrécissement de l'œsophage, probablement d'origine congénitale. Comme les observations de cette nature sont encore très rares, vous me permettrez de vous lire celle que le malade a, sur la demande de M. Souligoux, écrite sur son cas. Cette observation, par son luxe de détails, est en effet très instructive, et montre la difficulté du diagnostic en pareille circonstance.

Observation. — X..., âgé de quarante-trois ans, a eu une enfance et une jeunesse ordinaires ; né de parents bien portants, il n'a eu, lui-

même, que les maladies qu'ont, en général, les enfants d'abord, les adolescents ensuite, sans qu'aucune d'elles n'ait à être rappelée particulièrement pour qu'on puisse, aujourd'hui, la rapprocher du cas excessivement curieux qu'il présente.

A dix-neuf ans, pourtant, étant à table, chez ses parents, il eut un étouffement, comme en éprouve quiconque avale une mie de pain trop volumineuse; ce cas se reproduisit, dans les mêmes conditions, quelques mois après (trois ou quatre environ), mais ces deux faits, absolument sans importance dans la vie ordinaire, il ne se les remémore que parce que la suite les lui a fait s'en souvenir, en même temps que la semonce paternelle qui lui reprochait sa gloutonnerie.

Appelé à satisfaire à son service militaire, il y avait à peine trois ou quatre mois qu'il était incorporé, qu'un jour sa gamelle de soupe s'arrêta dans son œsophage, et qu'il n'en put qu'à grand'peine absorber la moitié; il n'y avait de sa part ni dégoût ni manque d'appétit, bien au contraire : c'était non pas un gros mangeur, mais une bonne fourchette, sa ration lui suffisait mais il n'en avait pas de trop, et faisait volontiers quelques menus extras de nourriture lorsque l'occasion s'en présentait. Depuis, la gamelle bi-quotidienne manquait souvent d'atteindre complètement son but, et le soldat, qui, élève-caporal, voulait réagir, et faire son service quand même, fut bien obligé, pourtant, un jour, de se faire porter malade, et de se présenter à la visite médicale. Il n'avait aucun mal, aucune douleur, ne souffrait que de la faim. Il fut sincère; expliquant mal son cas, il le traduisit mal aussi certainement; et puis c'était un jeune soldat, sa première présence à la visite, bref il eut l'air de vouloir tromper le major, qui, à l'inspection de sa langue, le renvoya en lui disant : « Vous avez fumé de la paille, allez-vous-en, et tâchez que cela ne se renouvelle pas; ça va bien pour cette fois ».

. . . .

X..., avait remarqué qu'en mâchant bien, qu'en éliminant de ses rations les nerfs (les « tirants de bottes »), les pommes de terre mal cuites, ou les morceaux trop gros; qu'en trempant bien toute sa nourriture, cette dernière avait plus de chance de parvenir à son estomac : il s'étudia donc dans ce sens, et parvint encore, pendant quelques mois, à se nourrir tant bien que mal, mais le service actif commença à lui peser, et les galons de laine le laissèrent indifférent; il se fit porter candidat aux secrétaires d'état-major, et demanda à aller en Algérie, dans les Bureaux arabes.

C'est ainsi qu'il échoua, quelque temps après, au Val-de-Grâce, n'ayant pu continuer son voyage sur Médéah, sa destination.

Il fut d'abord dans le service de M. le Dr Laveran, en 1878, qui le traitait pour dyspepsie rebelle, lorsque le service, passant aux mains de M. le Dr Kiener, ce dernier reconnut un rétrécissement de l'œsophage, lui passant tous les matins des sondes à olive de diverses grosseurs, sans amener d'amélioration appréciable, mais le renvoyant au service des blessés, le cas lui apparaissant nettement relever bien plutôt de la chirurgie que de la médecine, et surtout soucieux de conser-

ver dans une salle de fiévreux un malade qui n'y avait rien à faire.

C'est ainsi que X..., arriva dans le service de M. le médecin principal G..., salle 30, et qu'au premier contact ce dernier, l'ayant questionné, et fait boire en sa présence un plein verre de tisane : « Eh bien, vous l'avez avalé ?... — Oui, lui répondit le malade, mais il est là, je le sens, *sur le haut de la poitrine*, il n'en est pas pénétré une goutte dans mon estomac, et la preuve c'est que le voici » ; et, en effet, par une contraction très faible de l'œsophage, à peine visible, le verre de coco était à nouveau dans son contenant primitif, presque aussi limpide qu'à sa première arrivée dans ce verre qu'il remplissait également.

« *Mon ami, avec une maladie comme celle-là, vous pouvez vous faire voir pour deux sous à la foire.* »

Et ce fut tout ; pendant près de trois mois, M. le médecin principal de 1re classe passait devant le malade, en disant invariablement : « *Même régime*, 3 portions, 3 de *vin*, *tisane commune.* »

X... avait appris, par des indiscrétions, qu'il était traité de *simulateur* ; il arrivait, par des pratiques que le besoin de vivre lui avait suggérées, à faire passer dans son estomac une partie de ces 3 rations si généreusement octroyées, il mangeait, régurgitait dans un grand récipient, puis *ravalait plusieurs fois à grandes lampées cette même nourriture* qui, diluée, absolument divisée, arrivait, au hasard des ingurgitations *répétées* et énergiques, à le maintenir en assez bon état physique, cet état semblant justifier, en quelque sorte, le signalement de *simulateur*, porté en regard de son nom dans la colonne du diagnostic du cahier de visites. Le malade s'en rendant compte, et, d'un autre côté, son séjour au Val-de-Grâce (sept mois au total) l'ayant remis quand même un peu de sa vie de caserne, bien couché, relativement mieux nourri quant au choix des aliments, ne supportant aucune fatigue corporelle, et surtout ne sachant où allait le mener son signalement, si injuste qu'il fût, de « simulateur », il demanda son *exeat*, et embarqua pour l'Algérie, où il arrivait bientôt à son poste de Médéah.

Là, recommencèrent les difficultés à pouvoir se nourrir ; les aliments, plus grossiers que ceux de l'hôpital, contrarièrent les manœuvres qui lui avaient réussi quelquefois, mais la force de vivre lui fit encore trouver des moyens de se cramponner quand même à l'existence ; c'est ainsi qu'il avait remarqué que les farineux, les soupes épaisses, bien que très divisées, réduites en purée, pour ainsi dire, mais *épaisses*, ingurgitées d'abord dans l'œsophage, qui s'était peu à peu dilaté, au point de contenir près de 3/4 de litre, que cette pâtée dont il était gavé, avait alors quelques succès d'introduction dans l'estomac, si une pression quelconque l'y contraignait : une absorption énergique, abondante et rapide d'eau, par exemple, au moyen d'un bidon de soldat, le grand goulot à pleine bouche, le petit ouvert pour l'arrivée de l'air, le corps droit, cambré en arrière, la tête renversée également bien en arrière. Cela ne réussissait pas toujours, il s'en faut, mais bien six fois sur dix, et au prix de quels efforts ! la tête congestionnée, des saignements de nez fréquents, peu abondants, mais presque à chaque tentative, et alors, en cas d'insuccès, impossible de recommencer, le

tout étant violemment projeté au dehors en une éclaboussade volumineuse, formidable, la ration épuisée, l'absorption nulle, la manœuvre brutale inutile. Le canon d'une fontaine, placé à une hauteur s'appropriant assez à la position déjà décrite du corps, avait plus de succès que le bidon, mais il ne fallait guère y songer que le soir, à la nuit, alors que personne n'était là pour assister à ce spectacle peu récréatif pour le spectateur et fort gênant pour l'acteur malheureux déjà vu plusieurs fois dans les coins, les latrines mêmes, avec son bidon, par des soldats plus portés à le blaguer ou même l'insulter qu'à le plaindre.

Ces absorptions d'eau froide dans un corps congestionné par les efforts de glutitions et de déglutitions laborieuses eurent aussi d'autres conséquences désastreuses : des maux de dents épouvantables; X... est aujourd'hui complètement édenté; seule, la partie antérieure de la mâchoire inférieure a été à peu près protégée, et cela s'explique fort bien, c'est la partie sur laquelle portait le goulot du bidon, la partie par conséquent la moins atteinte par la brusque arrivée de l'eau des sources si fraîches d'Algérie; des indigestions d'eau, si douloureuses dans le ballonnement énorme des ventres; enfin une dysenterie consécutive entraînait son admission urgente à l'Hospice civil et militaire de Médéah en 1879.

. . . .

A cet établissement, le malade retrouvait M. le Dr Alexandre Lacassagne (aujourd'hui professeur à la Faculté de Lyon), qu'il avait entrevu, pour ainsi dire, au Val-de-Grâce, pendant un court intérim qu'il avait assuré dans le service de M. Kiener. M. Lacassagne entreprit une méthode médicale; concluant à un spasme nerveux, il essaya d'abord sans résultat les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine à l'épigastre, puis des pilules de belladone qui, elles, réussirent, quand elles avaient la chance d'avoir leur effet utile, c'est-à-dire de ne pas être régurgitées par une cause accidentelle quelconque, à faire pénétrer presque sans efforts les aliments dilués dans l'estomac. C'était le premier résultat marquant dans l'infirmité qui durait depuis près d'une année, et, pour obvier aux inconvénients possibles de la régurgitation des pilules, les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine étaient tout indiquées; elles furent appliquées dès ce moment; elles amenèrent quelques troubles au début, sécheresse de la gorge gênant la glutition, dilatation de la pupille empêchant le malade de lire, arrêt des fonctions de la vessie, des muqueuses nasales, etc., mais une sage dosimétrie et une seule injection en vingt-quatre heures eurent raison, dans une certaine mesure, de ces inconvénients; le malade faisait un repas copieux le soir et était dispos le lendemain matin pour toute la journée.

Depuis, le malade, se trouvant bien de cette méthode, se procura une Pravaz, eut toujours une provision d'atropine, et bien que ne faisant qu'un repas par vingt-quatre heures pour avoir la vue libre, terminait son service militaire sans une seule variante dans sa vie militaire qui devait encore avoir une période de près de quatre ans pour être ter-

minée, et assurait un excellent service de secrétaire dans les Bureaux arabes de Boghar, Djelfa, Laghouat.

Rentré dans la vie civile, il continua pendant près de deux années son injection sous-cutanée d'atropine quotidienne lui assurant un repas copieux le soir, se portant très bien, lorsqu'un soir, après dîner, et sur le point d'aller se coucher, il mit sur son nez, par distraction, les lunettes de sa tante, qui traînaient sur la table. Ce fut un enchantement pour lui, et ce fait si simple auquel il était surprenant qu'il n'ait pas déjà songé, ainsi qu'il le disait lui-même, lui permettait d'envisager deux repas par jour, puisque sa presbytie passagère pouvait par deux fois être provoquée impunément pour ses occupations d'employé; il avait ses lorgnons en poche, plusieurs numéros même, suivant le degré de dilatation de ses pupilles, et s'en trouvait très bien après une très courte période de tâtonnements.

C'est ainsi qu'ayant, comme nous l'avons vu, satisfait aux cinq années de son service militaire, il se retrouve dans la vie civile, deux ans après, n'ayant d'autre différence avec ses concitoyens bien portants ou ayant comme lui toutes les apparences de l'être, qu'une Pravaz en poche et un lorgnon approprié à la dilatation passagère de ses pupilles, et cela dura, sans modification appréciable, pendant encore *seize ans*, sans aucune maladie, satisfaisant à toutes les exigences de la vie, prenant part à ses plaisirs, se mariant, ayant deux enfants, l'un emporté dans sa tendre enfance par une entérite, l'autre, l'aînée, une jeune fille superbe de quatorze ans aujourd'hui.

X..., de taille normale. 1m63, pesait alors de 61 à 62 kilogrammes, desquels il n'a guère varié pendant les seize ans, les meilleurs de sa vie, qu'il vient de passer; il avait dans l'Administration un service important à assurer, de comptabilité et d'inspection, des tournées de 30 et 40 kilomètres de parcours qu'il faisait exclusivement à bicyclette, lui arrivant de faire 150 et même 200 kilomètres dans la même journée, sans fatigue excessive, et cela pendant plus de douze années consécutives, jamais d'autres troubles ou de maladies que des maux de dents provoqués par la mauvaise dentition dont il a été parlé plus haut, et qu'il était parvenu à espacer en se faisant arracher de temps à autre les quelques chicots par trop gâtés, et en ne se servant plus pour faire passer ses aliments de son œsophage où ils s'amassaient, dans l'estomac, leur destination utile, que d'eau tiédie, tant en été qu'en hiver.

La dilatation de son œsophage était devenue considérable, de trois quarts de litre qu'elle était en 1879, on pouvait l'évaluer, en 1901, c'est-à-dire *vingt-deux* ans plus tard, à certainement *deux litres* de capacité effective, c'est-à-dire que le sujet était susceptible de pouvoir régurgiter sans autre effort que celui de se baisser pour vider complètement son œsophage préalablement rempli, *plus de deux litres* d'un liquide ou d'un aliment quelconque délayé; mais sous la poussée du liquide, sous la pression que son œsophage dilaté opérait sur cette masse d'aliments absorbés, et le malade se trouvant, bien entendu, sous l'influence de son injection d'atropine, les aliments, à chaque gorgée d'eau volumineuse, avalée rapidement, pénétraient dans son estomac, où ils tombaient vio-

lemment, ainsi qu'il était très facile de s'en rendre compte par les secousses qu'il ressentait à l'épigastre, secousses très perceptibles à l'œil de celui qui voulait bien le vérifier sur son corps mis à nu, pour la circonstance, et encore bien plus perceptible à l'oreille des praticiens qui ont voulu se rendre compte de la tombée dans l'estomac des aliments qui y pénétraient.....

. . . .

X..., que rien n'inquiétait plus alors depuis près de dix-sept ans, s'accoutumant à son infirmité devenue depuis une habitude très supportable, arrivait à la quarante-troisième année de son âge, comptant bien voir se continuer longtemps encore cette quiétude dont il jouissait, lorsque, coup sur coup, il eut plusieurs petits abcès dentaires qui, tout en le faisant souffrir par eux-mêmes, le gênèrent pour manger, puis un abcès de même nature, mais plus volumineux, le tint plus de huit jours fiévreux, malade et ne mangeant plus du tout pendant plus d'une semaine, en raison des douleurs, que sa manière obligée de boire, pour faire circuler ses aliments, provoquait à cet abcès, qui fut, cette fois, opéré extérieurement. Tous les précédents accidents causés par sa mauvaise dendition ancienne s'étaient résolus intérieurement, une petite percée de bistouri sur la gencive malade avait, chaque fois, terminé la poussée douloureuse, souvent même la fluxion la résolvait d'elle-même, enfin, jusqu'ici l'état physique du malade n'avait pas eu à s'en ressentir autrement.

Il n'en fut pas de même cette fois; depuis ce malencontreux abcès, les aliments ne pénétraient plus comme par le passé, et l'on doit incliner à croire que c'est justement ce jeûne de plus d'une semaine, précédé d'un manque d'appétit pendant la période d'incubation de l'abcès, puis les deux ou trois jours qui suivirent l'ouverture, soit une bonne quinzaine de jours pendant lesquels l'œsophage ne fut pas appelé à fonctionner comme par le passé, se ferma davantage et refusa de plus en plus de laisser pénétrer les aliments qu'il ne canalisait plus que rarement dans l'estomac.

X... maigrit rapidement, s'en prit à son fournisseur d'atropine habituel, força les doses, chose qu'il s'était donné pour règle de ne jamais vouloir faire, devint maussade, négligea son service et, demandant sa mise à la retraite proportionnelle, sollicita un congé provisoire qui lui fut accordé par l'Administration dont il relevait.

C'est alors qu'il demanda conseil à celui qui, une première fois, l'avait tiré d'un bien mauvais état, et à qui, en réalité, il devait près de vingt ans d'une existence heureuse (1), M. le Dr Lacassagne, avec lequel il avait conservé des relations de respectueuse reconnaissance. Le professeur de la Faculté de Lyon lui conseilla de venir immédiatement dans cette ville, où il le recommandait déjà à son éminent confrère M. le Dr Lépine, ou d'aller à Paris trouver M. le Dr Landouzy, pour lequel il le munissait également d'une carte de recommandation spéciale.

(1) A titre de curiosité : avec 15.000 (quinze mille) injections de cinquante grammes d'atropine environ!

X..., qui a de la famille à Paris, choisit cette dernière ville, et attendit que M. le Dr Landouzy, qui était à l'étranger, fût de retour: on était, en effet, dans les premiers jours d'octobre, et les Facultés n'ouvrant généralement qu'en novembre, le malade crut pouvoir attendre, mais ses forces s'épuisèrent alors très rapidement, il baissait d'une façon effroyable, ne prenant presque plus de nourriture, pour arriver à n'en plus même recevoir du tout; sa famille justement très inquiète, consulta alors son médecin habituel, M. le Dr Biron, d'Argenteuil, qui ordonna immédiatement les lavements alimentaires, pour arriver à franchir les deux jours précédant l'examen décidé chez M. le Dr Landonzy, qui revenait à son poste.

Le soir même le malade fut pris d'une syncope, et M. le Dr Biron comprit qu'il n'y avait qu'une opération immédiate à envisager, et c'est ainsi qu'il adressa le malade d'urgence à M. le Dr Souligoux.

Telle est cette curieuse observation. En présence de ces renseignements, M. Souligoux éloigna avec raison l'idée d'une affection néoplasique. La longue durée des accidents, le maintien de l'état général jusqu'au moment où le malade s'était vu dans l'impossibilité de rien avaler, ne lui permettaient pas en effet pareil diagnostic. Il ne trouvait pas non plus dans les antécédents de cause à un rétrécissement cicatriciel, aucun souvenir d'introduction de liquides caustiques, de traumatisme antérieur. Il arrivait ainsi par élimination à penser qu'il avait affaire à une de ces dilatations curieuses de l'œsophage, que Grisolle et Velpeau soupçonnèrent être congénitales, et qu'on regarde aujourd'hui de plus en plus comme telles, à mesure que les faits et les autopsies se multiplient. Si, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, le Dr Michel a pu réunir, à l'appui de cette manière de voir, un certain nombre d'observations concluantes, ces observations se sont depuis multipliées, puisque, d'après le *Handb. der prak. Chir.*, 2 H., p. 483, il y aurait, à l'heure actuelle, environ vingt cas authentiques avec autopsie.

Cette affection serait, d'après tous ces faits, caractérisée par cette évolution lente, avec plusieurs années de régurgitation, véritable rumination (Mackenzie) qui a été si remarquable dans l'histoire du malade de M. Souligoux.

Si ces dilatations ont pu se rencontrer dès l'enfance, et se manifester de bonne heure (Mackenzie, enfant de dix ans; Zeucher, un nouveau-né), par contre, le plus souvent, c'est dans un âge assez avancé. Dans l'observation de Luschka (*Virchow's Arch.*, Vol. XLIII, 1863), c'est à quinze ans que commencent les accidents. Dans l'observation de Hannay (*The Edinburg med. and. surg. Journal*, juillet 1833) c'est à trente ans.

C'est ce qui avait fait douter probablement Béhier de l'origine

congénitale, et il recherchait la cause de ces dilatations dans les différentes maladies dont l'œsophage pouvait être affecté. En effet, ne pourrait-on pas ici penser à un spasme œsophagien primitif, amenant une dilatation, et un rétrécissement consécutif à de l'œsophagite provoquée par les manœuvres brutales auxquelles le malade se livrait pour faciliter le passage des aliments?

Ici il semble bien qu'il y avait réellement rétrécissement, puisque M. Souligoux s'est trouvé dans l'impossibilité, par le cathétérisme, de passer.

Mais ce rétrécissement était-il primitif ou consécutif à la dilatation? Il est difficile de le dire. Ce ne sont pas en effet les premiers accidents qu'a présentés le malade, l'arrêt des matières, qui nous permettraient d'affirmer le rétrécissement primitif. Dans des observations où l'autopsie n'a montré qu'une dilatation énorme (cas de Luschka, l'œsophage avait 30 centimètres de circonférence) et où on n'a pas trouvé de rétrécissement, les malades avaient présenté les mêmes symptômes : arrêt des matières et rumination.

Chez le malade de M. Souligoux, comme celui-ci le pense, la dilatation a pu seule exister au début, et le rétrécissement survenir plus tard, à la suite de l'œsophagite, que le séjour des aliments et les manœuvres pour les faire passer avaient provoquée.

La marche des accidents semble, comme le fait remarquer M. Souligoux, en faveur de cette idée. Les aliments, au début, subissaient un temps d'arrêt dans l'œsophage, mais passaient; puis, peu à peu, la difficulté du passage des aliments de l'œsophage dans l'estomac s'est accrue, et en fin de compte, plus rien, pas même l'eau, ne franchissait l'œsophage.

C'est alors que le malade fut vu par M. Souligoux, et que celui-ci, le voyant arrivé au dernier terme de la faiblesse, par suite de son jeûne forcé, se décida à pratiquer une gastrostomie.

Il fit une incision médiane pour pouvoir examiner facilement le cardia, pensant que peut-être existait-il là un rétrécissement. Il le trouva sain. Il se décida alors à fixer son estomac à la paroi, et à l'ouvrir. Mais, pour cela, il eut recours à un procédé nouveau, qu'il nous a exposé en nous présentant ce malade.

Ayant saisi avec une pince la paroi antérieure de l'estomac, il l'attira hors la paroi abdominale. A ce cône ainsi formé, il fait subir une torsion de 90 degrés environ. Cette torsion, il la rendit permanente en suturant par un surjet de 4 centimètres environ le pli formé. Tenant toujours avec la pince l'extrémité du cône, il lui fait subir une nouvelle torsion d'environ 120 degrés, et fixe le nouveau pli ainsi formé par un surjet comme il avait fait pour le premier. Le sommet du cône étant toujours maintenu par la pince, il fixe l'estomac à la façon ordinaire par des points musculo-péri-

tonéo-stomacaux. Dans un deuxième temps, il ouvre le somme du cône, et le fixe, la tunique musculaire de l'estomac à l'aponévrose des muscles droits, et la muqueuse à la peau.

Une sonde est alors introduite, du calibre 18, qui pénétrait facilement, et il commença immédiatement la nutrition dès le premier jour. La sonde fut enlevée et remise pour chaque repas. Quatre jours après l'opération, le malade, très impatient, se sentant très bien, se levait, et douze jours après il pouvait faire acte de présence à son poste, qu'il avait peur de perdre, s'il ne paraissait pas. Jamais il ne sortit une goutte de liquide de l'estomac, et quand le malade nous fut présenté il avait, nous dit M. Souligoux, considérablement engraissé, et recouvré ses forces.

Telle est cette opération, sur le résultat de laquelle j'attire tout particulièrement votre attention, car il est constant et facile à obtenir, ainsi que j'ai pu le reconnaître moi-même en opérant, dans mon service, un malade atteint de cancer de l'œsophage. J'ai suivi scrupuleusement les différents temps du procédé opératoire de M. Souligoux.

M. Souligoux nous dit avoir eu l'idée de cette torsion de l'estomac en s'inspirant du procédé de Gersuny, de la torsion de l'urèthre, pour remédier aux incontinences vésicales chez la femme, procédé qu'il avait vu employer avec succès par son maître M. Peyrot.

N'ayant rien trouvé dans nos traités classiques d'analogue, il se croyait être le premier à avoir eu l'idée de cette torsion de l'estomac pour la gastrostomie. Toutefois, en cherchant dans les thèses, il vit qu'on disait dans l'une qu'Ulmann, de Vienne, l'avait déjà pratiquée en 1894. Il écrivit à Ulmann, qui lui envoya son travail (Technique de la gastrostomie. *Wiener. Med. Wochen.*, n° 39, 1894).

Or, voici la traduction du travail d'Ulmann :

« J'ai employé dans ces derniers temps, pour faire la gastrostomie, la torsion d'un cône gastrique, afin d'assurer la continence de l'orifice. C'est le même artifice qu'a employé Gersuny en 1889, pour traiter l'incontinence d'urine. Je fais une incision à 1 centimètre, le long du rebord costal gauche, et parallèle à ce bord, coupant peau, tissu cellulaire sous-cutané, muscles, sans me préoccuper de la direction des fibres musculaires; puis, le péritoine ouvert, je place sur l'estomac trois fils suspendus qui forment les trois sommets d'un triangle au centre duquel l'ouverture sera faite ultérieurement. Par traction sur ces fils, on attire un cône que l'on tord de 180 degrés, de telle sorte que le fil suspenseur devient inférieur, le droit est devenu gauche, et le gauche droit. Deux aides maintiennent les fils pendant que l'opérateur suture, par dix-huit ou vingt points, le péritoine gastrique au péritoine

pariétal. Au bout de trois ou quatre jours, l'estomac est ouvert au Paquelin. La fermeture est complète; si on enfonce dans l'estomac une sonde, le contenu sort; si on retire la sonde, la fistule se ferme. »

Observation d'Ulmann. — 1° Garçon boulanger, âgé de cinquante ans. Troubles de déglutition depuis trois mois. La sonde est arrêtée à 36 centimètres de l'arcade dentaire. Fixation de l'estomac le 5 septembre 1893. Ouverture le 5 septembre 1893. Pendant le temps qu'on peut suivre le malade, continence complète;

2° Forgeron, soixante-deux ans. Dysphagie depuis quatre mois. Obstacle infranchissable à 28 centimètres de l'arcade.

Opéré le 11 janvier 1894. Ouverture de l'estomac le 14 janvier.

Présenté à la Société de Médecine, où M. Ulmann montre qu'après l'introduction d'un litre et demi de lait, aucune goutte ne sort. L'estomac reste continent jusqu'à la mort par cachexie.

D'après ces faits il est évident qu'Ulmann, partant de la même idée que M. Souligoux, et s'inspirant comme lui du procédé de Gersuny, a pratiqué la torsion du cône stomacal dans le but de remédier à l'incontinence qui, surtout à l'époque où Ulmann pratiqua sa première opération, faisait suite si souvent à la gastrostomie. Toutefois, nous devons faire remarquer que l'opération de M. Souligoux diffère de celle d'Ulmann par quelques points qui ont une certaine importance. M. Souligoux a le soin de rendre permanente la torsion en suturant les plis. Il évite ainsi que cette torsion, se défaisant par le fait des contractions de l'estomac, le résultat puisse plus tard être défectueux. Enfin il suture la muqueuse à la peau, tandis d'Ulmann, comme dans les procédés de Fontan, se contente de suturer le péritoine gastrique au péritoine péritonéal. Je sais bien qu'Ulmann envisage dans son mémoire la nécessité de le faire si l'on est obligé d'opérer en un temps.

Cette fixation de la muqueuse à la peau, que M. Terrier avait préconisée dans le procédé qui porte son nom, avait dans ces derniers temps été abandonnée à cause du danger de l'incontinence auquel elle exposait. Dans le procédé de Fontan, auquel depuis deux ans j'ai recours, et qui nous donne, comme l'a fait remarquer M. Ricard, des gastrostomies très continentes, on se trouve souvent gêné pour passer la sonde par le rétrécissement progressif de l'ouverture cutanée, qu'on est obligé de redilater.

La fixation de la muqueuse à la peau évite cet accident; or, cette fixation, qui exposait à l'incontinence, et que beaucoup d'entre nous avaient abandonnée, n'a plus, grâce à la torsion des parois de l'estomac, cet inconvénient. Le procédé que préconise

M. Souligoux réalise donc sous ce rapport un véritable progrès. Toutefois, je ferai remarquer que, dans ce procédé, il faut se garder de laisser une sonde à demeure. Le séjour prolongé de la sonde ferait en effet perdre le bénéfice de la torsion, en rendant rigide le canal stomacal créé. J'ai pu le constater sur le malade que j'avais opéré. Bien que j'eusse recommandé d'enlever la sonde rapidement, l'infirmier qui a le soin de ces malades, et qui était habitué à laisser la sonde à demeure pendant un certain temps chez les malades opérés par le procédé de Fontan, crut bien faire, sans me prévenir, de la laisser ici. Pendant dix jours, tout alla bien ; mais le onzième, on m'avertit que le malade perdait un peu autour de sa sonde. Je la lui fis enlever immédiatement ; quarante-huit heures après, la bouche stomacale devenait à nouveau continente, et le restait jusqu'à la mort du malade, arrivée par cachexie cancéreuse deux mois après.

Mais nous n'avons pas que les faits cliniques pour nous édifier sur la valeur de cette torsion de l'estomac. M. Souligoux nous l'a démontrée d'une façon indiscutable par l'expérience suivante, dont il nous a apporté les pièces. — Sur le cadavre, il ouvre l'abdomen sur la ligne médiane; après avoir lié le pylore, il pratique, comme sur le vivant, la gastrostomie par torsion, et referme sa cavité abdominale en ayant fixé la bouche stomacale à la peau. Il met alors l'œsophage en communication avec un robinet d'eau, qu'il injecte avec pression dans l'estomac; il voit celui-ci se distendre à éclater, sans que rien ne passe par l'ouverture de la gastrostomie; et, cependant, celle-ci reste toujours perméable à la sonde, et on peut, en l'introduisant, vider l'estomac. MM. Tillaux, Guinard, Peyrot, comme moi, avons été témoins de ces expériences, et M. Souligoux vous en a rendus juges, en apportant un estomac ainsi distendu, qui, l'œsophage ayant été lié, conservait l'eau, bien que sur la paroi antérieure existât un orifice, dont les parois avaient été tordues. Cet orifice se fermait de lui-même par le fait de la distension, et l'estomac restait continent. Ce n'est qu'en introduisant devant vous la sonde par cet orifice, qu'il a vidé l'estomac.

Il est en effet a remarquer que, par le fait de la torsion, toute distension de l'estomac tend à resserrer les tours de spire, et à les rapprocher. De tous ces faits, je conclus en disant que, dans les cas où nous cherchons à établir une bouche stomacale permanente, le procédé que vient de préconiser M. Souligoux paraît devoir être préféré à tout autre, car il nous donne, au point de vue de la continence, une sécurité remarquable, que nous n'avons avec aucun autre procédé d'une façon aussi absolue. Toutefois, quand nous ne pratiquons qu'une bouche temporaire, je continue-

rais à donner la préférence au procédé de Fontan, qui, ne fixant pas la muqueuse à la peau, offre plus de facilité pour fermer la bouche quand on le veut.

Je vous propose, Messieurs, en terminant, de voter des remerciements à M. Souligoux pour la communication de son intéressant travail, et de vous souvenir de lui quand viendront les élections de membre titulaire.

Présentations de malades.

Résection thoracique pour chondrofibrome récidivé de la 8e côte.

M. Le Dentu. — Br... (Alphonse), quarante-six ans, charretier, salle Malgaigne, lit 18, hôpital Necker.

Premier séjour à l'hôpital, en mars 1900. A ce moment tumeur grosse comme un œuf de poule siégeant sur la 8e côte. Téguments intacts. Rien dans la plèvre.

Première opération consistant dans la dissection des téguments qui ne sont pas adhérents et dans la résection assez étendue de la côte atteinte, avec conservation presque complète de la plèvre. Celle-ci, cependant, se déchire assez largement, et j'ai quelque peine à combler la déchirure avec des fragments des muscles voisins. Drainage extra-pleural. Suture cutanée presque totale.

L'introduction de l'air dans la plèvre avait causé une menace d'asphyxie vite dissipée. Une *double* congestion pulmonaire fut la suite de l'opération. Guérison assez rapide quand même.

Commencement de récidive, sept mois après l'opération (octobre 1900). En juillet 1901, je revois le malade et je lui conseille une deuxième opération. Il se dérobe au conseil. Il revient me trouver le 19 novembre 1901. Je le réopère le 29 novembre. A ce moment la tumeur avait le volume d'un gros citron. Elle empiétait sur l'abdomen et occupait la partie basse et latérale du thorax.

L'anesthésie fut faite *au chloroforme*. Comme la tumeur était largement adhérente à la peau et qu'elle devait l'être à la plèvre, il fallut sacrifier une grande étendue des téguments et réséquer deux côtes, outre les débris de la 8e côte déjà réséquée en partie. Je m'arrangeai pour n'ouvrir la plèvre que le plus tard possible. Je commençai donc par sectionner les côtes dans les deux points où devaient porter les limites des résections, et, quand la tumeur fut mobilisée, je fis une petite incision à la plèvre. Malgré l'entrée relativement lente de l'air dans la plèvre, vous vîmes le visage se cyanoser, la respiration devenir difficile et le pouls faiblir. Un

peu de respiration artificielle avec des inhalations d'oxygène et une injection de caféine avaient déjà amené un changement dans la situation, mais, ce qui réussit le mieux, ce furent des tractions exercées sur le poumon fortement rétracté malgré quelques adhérences postérieures.

L'ablation de la tumeur avait nécessité une large résection de la plèvre et une résection limitée du diaphragme et du péritoine. Le diaphragme flottant était très éloigné du poumon.

Je voulus essayer de combler la brèche avec le poumon, mais des adhérences postérieures l'empêchaient de descendre, et sa base ne se laissait pas amener dans la plaie, et avec le diaphragme, mais ce muscle, déjà réséqué partiellement, résistait également aux tractions.

J'eus recours alors à une autoplastie. Je détachai un très long et large lambeau en pont taillé aux dépens des téguments et de portions de muscles de la paroi thoraco-abdominale, en avant de la brèche. Drainage de la plèvre, après rapprochement de ses lambeaux, et suture d'une très petite surface du poumon à ces lambeaux. Tamponnement à la gaze iodoformée entre la plèvre partiellement restaurée et les téguments. Suture assez étendue du bord postérieur du lambeau en pont avec la lèvre postérieure de la plaie. Cicatrisation ultérieure de la perte de substance antérieure sans greffes.

Du côté de la plèvre, aucune complication; mais *double* congestion pulmonaire comme la première fois, à laquelle le malade a failli succomber. Il est à noter qu'il avait pris du *chloroforme* comme anesthésique, tandis que la première fois il avait pris de l'éther. Les deux fois les accidents consécutifs avaient été les mêmes, mais la seconde fois ils ont été encore plus menaçants que la première. Il y a donc chez ce sujet une prédisposition marquée aux congestions pulmonaires. Il est encore sous l'influence de cette complication, deux mois et demi après l'opération.

Examen histologique de la tumeur.

Chondrofibrome costal. — Examen histologique, par M. A. Pettit, chef du laboratoire de la Clinique.

1° Pièce extirpée le 6 mars 1900. — Les fragments, prélevés en différents points, mettent en évidence sensiblement la même structure; la tumeur est exclusivement formée de tissu conjonctif lamineux dense, parsemé de quelques rares cellules embryonnaires, et de tissu cartilagineux. Ce dernier se présente sous la forme de cellules à capsule de chondrine, toutes au contact les unes des autres, sans substance fondamentale intermédiaire.

2° Pièce extirpée le 29 novembre 1901. — La structure de la tumeur est légèrement modifiée : le stroma conjonctif est plus riche en cellules

embryonnaires et les chondroblastes sont plongés dans une masse fondamentale assez développée.

La récidive m'a surpris, étant donnés l'enkystement de la tumeur, sa structure et le soin avec lequel je l'avais extirpée. Je suppose qu'elle s'est faite dans la gangue de la tumeur laissée intacte. Les fragments de la 8e côte étaient restés indemnes.

Arthrotomie du genou pour corps étranger. Guérison.

M. Le Dentu. — Le nommé P... (Léon), âgé de trente-six ans, entre une première fois à l'hôpital Necker le 13 octobre 1901. La jambe droite est maintenue en *flexion forcée* sur la cuisse par suite d'une *contracture invincible et douloureuse*. Le genou ne présente rien de particulier. Je soupçonne un commencement d'arthrite. — Redressement du genou, immobilisation. Sortie après amélioration environ six semaines après l'entrée.

Le malade rentre à Necker le 6 janvier 1902 avec une hydarthrose peu douloureuse. En l'examinant je constate par hasard un corps étranger qui avait échappé jusque-là et qui occupait le cul-de-sal latéral interne de la synoviale.

Arthrotomie le 14 janvier 1902. Le membre étant dans l'extension, je ne trouve pas tout d'abord le corps étranger. Il s'est retiré dans un recoin de l'articulation. Il faut mettre le membre en flexion pour que ce corps se présente de lui-même entre les lèvres de la plaie. — Suites de l'opération absolument normales. Guérison rapide et spontanée de l'hydarthose. Quelques massages pour finir.

Voici la description de ce corps étranger qui a été examiné avec soin par M. Raymond Petit, chef de clinique adjoint dans mon service.

Corps étranger du genou. — Examen histologique, par M. Raymond Petit.

Le corps étranger est sorti sous nos yeux de l'articulation ouverte, après des malaxations et des mobilisations de la jointure. Il était absolument libre de toute adhérence et nous l'avons reçu sur une compresse stérilisée.

Il représentait une masse d'un gris jaunâtre dont la forme générale rappelait une portion d'ellipse, comme un ménisque interne de l'articulation du genou.

Sur la compresse il a repris une forme incurvée et aplatie. Il était plus épais sur son bord périphérique que sur son bord central et aplati de haut en bas.

Sa longueur était, à l'état frais, de 39 millimètres; sa largeur variait

entre 11 centimètres, point le plus large, et 4 millimètres, point le plus étroit. L'une des extrémités était plus large, l'autre un peu effilée. L'épaisseur variait entre 3 millimètres et demi (côté périphérique) et 1 millimètre à peine (côté central).

La surface était irrégulière, tomenteuse, et, sur la coloration jaune-gris de l'ensemble, on voyait trancher des points gros comme des grains de mil, où il y avait une coloration violacée, d'apparence molle. Cependant la consistance au palper était uniformément fibreuse et dure.

Un morceau comprenant l'un des points violacés précités a été trituré dans de l'eau stérile (quelques gouttes seulement), et le tout a été inoculé sous la peau du pli de l'aine gauche d'un cobaye, le 14 janvier 1902.

L'animal a fait un petit abcès qui s'est rapidement fermé. Il est resté bien portant jusqu'au 18 février, date à laquelle nous l'avons sacrifié. A l'autopsie, pas de ganglions inguinaux, pas de tuberculose péritonéale : rate, foie, reins normaux, poumons normaux. Aucune trace de tuberculose nulle part.

Des fragments du corps étranger ont été fixés dans l'alcool, inclus dans la paraffine et coupés; après coloration par l'hématoxyline et l'éosine ou par le fibro-carmin, voici ce qu'on observe :

Le corps est constitué par *du tissu conjonctif fibreux* formant à la surface une couche très dense à fibres parallèles, comme une couche revêtante; au milieu de ces fibres on voit quelques noyaux de cellules conjonctives, allongés, mais nous n'avons pas pu trouver de revêtement endothélial continu à la surface; en quelques points seulement on retrouve trace de ces cellules. Au-dessous de la zone périphérique condensée on voit des fibres conjonctives onduleuses, enroulées par endroits en forme de tourbillons. Les noyaux sont assez abondants; par places on voit des noyaux de cellules jeunes, ordinairement groupés irrégulièrement autour des petits vaisseaux; cette seconde couche contient de très nombreux vaisseaux dont quelques-uns volumineux et à parois épaissies, sclérosées.

La face opposée du corps étranger présente la même disposition que celle que nous venons de décrire. Dans les parties minces, ces deux faces arrivent au contact; dans les parties épaisses, elles sont séparées par du tissu conjonctif très lâche.

En aucun point des préparations, il n'y avait de traces de lésions tuberculeuses. Nous n'avons pas rencontré non plus d'éléments cartilagineux.

Il s'agit donc d'un corps étranger fibreux qui a certainement été dépendant d'abord des parties molles voisines (sans doute synoviale et spécialement franges synoviales), puisqu'il renferme des vaisseaux bien caractérisés et nombreux. Sans cette dernière circonstance, on aurait pu être tenté de le considérer comme un ménisque détaché de ses connexions normales.

Ostéome de la cuisse.

M. Farganel, médecin-major à Saint-Germain-en-Laye, présente un malade auquel il a enlevé un *ostéome volumineux du muscle droit antérieur de la cuisse*. — Renvoyé à une commission; M. Delorme, rapporteur.

Fracture oblique complète à la suite d'une chute de cheval.

M. Delorme. — Les deux radiographies que je vous présente m'ont été fournies par un soldat qui, à la suite d'une chute de cheval, fut envoyé à l'hôpital Bégin. Le tibia gauche ne présentait ni déformation ni mobilité anormale, mais, comme il était douloureux, on immobilisa la jambe. Après plusieurs semaines je le fis radiographier suivant deux plans : d'avant en arrière et de dedans en dehors. La première radiographie n'indique *aucune déformation* mais seulement une ligne fissurique à peine visible; la seconde par contre montre une déformation qu'il eût été impossible de déceler directement par aucun mode d'exploration autre que la radioscopie : une fracture oblique complète avec un fragment esquilleux de 6 centimètres de longueur faisant saillie dans l'espace interosseux.

Luxation totale de l'astragale, réduite par opération sanglante. Guérison.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je viens vous présenter un malade, qui est entré dans mon service le 20 novembre dernier. Il était amené de la gare du Nord. En sautant d'une hauteur d'un mètre, c'est-à-dire du rebord d'un tender par terre, le pied droit avait rencontré un tas de scories, et avait été arrêté dans le mouvement de propulsion en avant, que continuait le reste du corps; en même temps le pied s'était tordu.

Quand il entra dans le service, le pied était en adduction forcée, la plante regardant en dedans, très raccourcie de longueur. En avant de la malléole externe, au côté externe du pied, on sentait la poulie astragalienne ayant quitté sa mortaise, et, faisant saillie sous la peau qu'elle tendait, la tête de l'astragale.

Le diagnostic de luxation de l'astragale s'imposant, nous essayons d'abord de la réduire par des manœuvres externes; mais, échouant complètement, nous endormons le malade, et nous

recommençons à tirer sur le pied, et à rechercher à repousser l'astragale, pendant que nous faisions fléchir la jambe, et que nous cherchions à abaisser le calcanéum.

Toutes ces manœuvres échouent. Nous nous décidons alors à intervenir ; par une incision externe en avant de la malléole sur la saillie astragalienne, nous mettons l'os luxé à nu. Nous voyons alors que tous les tendons extenseurs sont placés derrière l'astragale. Toute la poulie articulaire est sortie de la mortaise, et l'os a subi un mouvement de rotation, qui incline en dehors sa poulie. La tête de l'astragale est placée en dehors du cuboïde, qui a glissé sous elle et est venu se placer à sa partie interne.

Nous avons donc bien ici la variété de luxation décrite par les auteurs classiques sous le nom d'énucléation de l'astragale, et par Follin sous ce titre : « luxation par inclinaison de l'astragale autour de son axe vertical », et dont il a donné un dessin reproduit dans tous les livres classiques.

Nous essayons d'abord de soulever les tendons, et de les ramener en avant de l'astragale. Mais ils sont tellement tendus que nous ne pouvons y arriver. Nous songions à énucléer l'astragale, lorsque nous remarquons que le calcanéum étant attiré en arrière par le tendon d'Achille, dans la rainure calcanéenne, venait buter l'onglet de la face postérieure de l'astragale. Nous cherchons alors à glisser entre les deux os une spatule assez forte et longue, ayant un manche long, sur lequel nous pouvions faire des pesées, et nous essayons de soulever l'astragale. Nous arrivons, en effet, à le faire, pendant qu'un aide tirait en bas le talon, de façon à dégager le calcanéum.

Or, tout d'un coup, l'onglet astragalien quittant cette rainure, contre laquelle il butait, nous voyons l'astragale reprendre sa place, et les tendons revenir en avant. La luxation était réduite. Le mécanisme de cette réduction nous démontrait combien était juste la théorie soutenue par Dupuytren et Nélaton, à savoir que la cause de l'irréductibilité des luxations astragaliennes était due surtout à l'engagement de l'onglet tranchant qui termine l'astragale dans la rainure de la face supérieure du calcanéum. J'ajoute que cet onglet s'y enclave d'autant plus que la contraction du tendon d'Achille fait basculer le calcanéum. La ténotomie de ce tendon pourrait, comme l'a fait remarquer M. Duplay, rendre dans quelques cas des services, permettant d'abaisser le calcanéum, et par cet abaissement de dégager l'onglet.

Quoi qu'il en soit, en présence de cette réduction de l'astragale, ayant vidé et épanché avec soin l'énorme hématome qui s'était formé, je suturai mon incision, mis le pied dans un plâtre, attendant les événements, et craignant la nécrose de l'os, signalée par

tous nos classiques, signalée surtout à une époque où l'asepsie n'existait pas.

Cette nécrose, toutefois, ne se produisit pas. Mon malade n'eut aucun accident consécutif, et, un mois après la réduction, j'enlevais l'appareil, et permettais au malade de se lever. Vous le voyez aujourd'hui ; le pied a repris entièrement sa forme ; les mouvements de flexion et d'extension de l'articulation tibio-tarsienne sont normaux, et le malade ne se plaint de rien. Il y a trois mois qu'il a été opéré.

Devant ce résultat, je crois donc que nous ne devons plus être aussi absolus que nous l'avons été dans tous nos traités classiques, et que nous l'avons été dans une des dernières discussions soulevées ici par une communication de M. Legueu.

L'ablation de l'astragale ne doit pas être la règle dans ces cas de luxation de l'astragale. Nous ne devons nous y résoudre qu'après avoir tenté cette réduction par l'opération sanglante, réduction qui, grâce aux progrès de l'asepsie, peut nous donner des résultats bien supérieurs à ceux de l'ablation.

Comme l'a fait remarquer Bergmann, la nécrose de l'os n'est pas fatale, et il suffit de quelques parties ligamenteuses qui n'ont pas été détruites pour que la vitalité de l'os ne soit pas compromise. Il sera d'ailleurs toujours temps, si l'os se nécrose, d'enlever l'astragale ultérieurement.

M. QUÉNU. — J'ai dit dans un des mémoires que j'ai publiés sur le même sujet : que les causes d'irréductibilité pouvaient être différentes, que le traitement n'était pas toujours l'énucléation de l'astragale.

Ulcère simple de l'estomac.

Sténose cicatricielle du pylore. Dilatation énorme de l'estomac. Gastro-entérostomie. Ulcère simple ultérieur de l'anse jéjunale anastomosée. Résection de l'anse ulcérée et gastro-entérostomie en Y quatre ans et demi après la première opération. Guérison.

M. QUÉNU. — Au commencement de juillet 1897, notre collègue M. Chauffard fit passer dans notre service un malade âgé de vingt-neuf ans atteint d'une énorme dilatation de l'estomac en rapport vraisemblable avec une sténose cicatricielle du pylore. Les troubles gastriques remontaient à huit ans et consistaient en douleurs épigastriques et en vomissements devenus presque quotidiens la dernière année. M. Chauffard présenta le malade à la Société de Médecine des Hôpitaux au point de vue d'un mode

spécial d'exploration, la gastrodiaphanie. L'estomac pouvait alors contenir 4 litres d'eau.

Le 21 juillet 1897, nous fîmes chez ce malade une gastro-entérostomie antérieure avec le bouton de Murphy, dont nous usions encore à cette époque; des plans de suture complémentaires furent disposés autour du bouton, et nous ajoutâmes trois fils de suspension afin d'éviter toute coudure de l'anse anastomosée.

L'exploration du pylore nous permit de constater qu'il offrait une dureté circulaire assez large, mais sans saillie et sans nodosité quelconque. Toute idée de néoplasme fut rejetée.

L'estomac, très dilaté, descendait jusque dans l'hypogastre. Les suites opératoires furent des plus simples, et, dès le 23, l'alimentation fut commencée. Le malade sortait guéri le 6 septembre, c'est-à-dire quarante-sept jours après l'opération.

Les vomissements et les douleurs disparurent, et H... reprit son travail de journalier; il ne sait s'il a rendu son bouton de Murphy dans ses garde-robes.

En octobre 1899, c'est-à-dire trois mois après l'opération, M. Chauffard présenta à nouveau le malade à la Société de Médecine des Hôpitaux.

La santé se maintint parfaite pendant dix-huit mois, puis, à la fin de 1898, reparurent les régurgitations acides, puis des vomissements qui survenaient trois et quatre heures après les repas. Aucune douleur, les vomissements se répétaient de deux à quatre fois par mois, et spécialement à l'occasion de l'ingestion de vin rouge. Jamais d'hématémèse. En même temps, les selles étaient parfois noires, sans qu'aucun médicament fût absorbé.

En juin 1901, soit quatre ans après la gastro-entérostomie, apparurent, pour la première fois depuis l'opération, des sensations douloureuses à la partie supérieure de la région ombilicale, avec irradiations dans l'hypocondre et le flanc droits. Les douleurs apparaissaient le matin après trois ou quatre heures de travail, et duraient toute la journée ; elles augmentaient avec les efforts et les mouvements, sans aucune relation avec les heures des repas. Les douleurs avaient leur siège dans la paroi abdominale plutôt que dans le ventre, et là, du reste, à droite de l'ombilic, on sentait déjà une induration. Le travail dut être cessé à partir du 10 août 1901.

Nous revîmes notre opéré en octobre 1901. Il avait bonne mine, ne paraissait nullement amaigri. On pouvait sentir dans la gaine du muscle droit, à droite de l'ombilic et à son niveau, une plaque dure de 4 à 5 centimètres de long sur 3 centimètres de large. Cette plaque n'est pas adhérente à la peau, elle est douloureuse à la palpation.

Nous l'opérons le 3 janvier 1902.

Incision médiane ; le ventre ouvert, on constate que l'anse jéjunale anastomosée avec l'estomac est fusionnée avec la paroi abdominale. En essayant de l'en détacher, on l'ouvre, et on observe que cette anse a ulcéré la paroi abdominale et s'est creusé une cavité dans l'épaisseur du muscle droit de l'abdomen du côté droit. La cavité est bouchée par du tissu calleux, de la consistance du squirrhe.

Nous réséquons l'anse (avec le morceau de muscle adhérent) jusqu'à l'estomac, après l'avoir ouverte et constaté que l'orifice gastro-jéjunal est normal, revêtu d'une muqueuse saine, et laisse passer largement l'index et même le pouce.

L'anse réséquée, nous avons deux bouts d'intestin : un bout jéjunal que nous implantons à la face antérieure de l'estomac au point où se trouvait la bouche gastrique agrandie, et un bout duodénal que nous implantons perpendiculairement sur le jéjunum, à 8 ou 10 centimètres de l'embouchure gastro-intestinale.

Nous soumîmes l'opéré à une diète absolue pendant quarante-huit heures, son état lui permettant très bien ce régime; nous lui donnâmes du grog le troisième jour, et du lait le quatrième. La température ne dépassa jamais 37°4, elle tombait au-dessous de 37 degrés le quatrième jour; le pouls ne s'éleva à 130 que quelques heures le lendemain de l'opération.

En somme, les suites furent des plus bénignes. Les fils de la paroi furent enlevés le 13, et le malade se leva le vingt et unième jour. Sa santé est actuellement parfaite, il mange de tout, n'a aucune douleur ni sensation anormale quelconque, et digère bien. Mais il ne peut prendre de vin sans éprouver quelques sensations de brûlure dans le creux de l'estomac et dans le cou. L'examen de la plaque dure nous démontra qu'elle ne renfermait aucune lésion néoplasique, mais seulement une gangue scléreuse creusée dans le muscle, sans revêtement épithélial, et en continuité avec la cavité intestinale.

En résumé, notre malade a fait dix-huit mois après une gastro-entérostomie, un ulcère de l'anse anastomosée (portion descendante), ulcère qui a détruit toute l'épaisseur de l'intestin et une partie de la paroi abdominale correspondante. Le fait offre déjà un intérêt au point de vue pathogénique : la portion descendante de l'anse intestinale anastomosée est devenue fonctionnellement une sorte de duodénum exposée aux atteintes d'un suc gastrique trop acide. Il est remarquable que l'orifice de communication soit resté indemne.

A un point de vue plus pratique, l'observation nous montre que la gastro-entérostomie ne met pas les ulcères de l'estomac à l'abri

de tout accident, et qu'un régime, qu'un traitement médical longtemps prolongés s'imposent aux opérés. Le suc gastrique récemment examiné est trop riche en acide chlorhydrique.

Présentations de pièces.

Calcul de la vessie, taille sus-pubienne.

M. le Dr FARGANEL présente un *calcul volumineux de la vessie* enlevé chez une vieille femme par la taille sus-pubienne. — Renvoyé à une commission : M. DELORME, rapporteur.

Grossesse tubaire.

M. CHEVALIER présente une pièce de *grossesse tubaire*. — Renvoyé à une commission : M. PICQUÉ, rapporteur.

Présentation d'instrument.

A propos d'un nouveau trépan.

M. DELORME. — J'ai l'honneur de vous présenter, de la part de M. le médecin-major Manceaux, un trépan de son invention.

Tandis que, dans le trépan ordinaire, le perforatif qui fait corps avec l'arbre et le termine sert à empêcher toute déviation de la couronne au début de la manœuvre, dans le trépan de M. Manceaux le perforatif sert non seulement à prévenir le déplacement de la couronne, mais aussi à détacher la rondelle osseuse.

Dans le trépan de M. Manceaux, l'arbre se termine par la couronne qui lui est adhérente, et c'est le perforatif qui est *mobile*. Il est sollicité à se porter en haut par un ressort. Au début de la manœuvre, on fait saillir le perforatif en forme de tire-fond et on l'arrête par une vis ; on fait mordre la couronne avec le perforatif, et, quand celui-ci a pénétré solidement dans le crâne, on desserre la vis. Le perforatif obéit alors à l'action du ressort qui l'attire en haut. Dès que la rondelle osseuse est séparée, elle est immédiatement attirée par le perforatif ; la manœuvre est arrêtée sans risque d'atteinte des méninges et du cerveau.

M. POIRIER. — J'ai fait un très grand nombre d'opérations sur le crâne. Jamais je ne me suis servi du vilebrequin. Avec une gouge, un bon ciseau et un maillet, j'ai pu faire de larges perforations du crâne avec la plus grande facilité.

Je considère le trépan comme un instrument dangereux.

M. MONOD. — Je voulais parler dans le même sens que M. Poirier. J'estime comme lui que le trépan est un instrument dangereux. Depuis cinq ou six ans j'y ai renoncé pour me servir exclusivement de la fraise montée sur vilebrequin.

M. DELORME. — La question de la trépanation en tant que méthode n'est pas ici en jeu. Il n'est question que de la présentation d'un trépan perfectionné.

Élection.

VOTE SUR LA DEMANDE D'HONORARIAT,
DE M. PAUL RECLUS, PRÉSIDENT SORTANT.

Votants : 37.

Oui. 36
Bulletin blanc. 1

M. PAUL RECLUS est, en conséquence, nommé membre honoraire de la Société de Chirurgie.

Le Secrétaire annuel,
P. BAZY.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1902

Présidence de M. BOUILLY.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. HOWARD A. KELLY (de Baltimore), remerciant la Société de sa récente nomination au titre de membre correspondant étranger.

3°. — Une lettre de M. WILLIENN J. BULL (de New-York), remerciant la Société de sa récente nomination au titre de membre correspondant étranger.

4°. — Un travail de M. FOURNIER (d'Amiens), intitulé : *Hémato-néphrose traumatique. Néphrotomie. Cystostomie. Guérison.* — Le travail de M. FOURNIER est renvoyé à une commission dont M. GÉRARD MARCHANT est nommé rapporteur.

M. LE PRÉSIDENT annonce une vacance pour une place de mem bre titulaire de la Société. Les candidats ont un délai d'un mois pour faire acte de candidature.

A l'occasion du procès-verbal.

Gastrostomie par torsion d'un cône gastrique.

M. Poirier. — Dans notre dernière séance, notre collègue Reynier nous a rapporté tout au long l'humoristique observation d'un cas « de rétrécissement, avec dilatation énorme de l'œsophage, probablement d'origine congénitale ». Reynier, comme Souligoux, au nom duquel l'observation est présentée, pense « que la dilatation a pu seule exister au début, et le rétrécissement survenir plus tard, à la suite de l'œsophagite que le séjour des aliments et les manœuvres pour les faire passer avaient provoquée ». Rien, à mon avis, dans la marche des accidents, n'est en faveur de cette hypothèse. La lecture de l'observation prouve que l'affection a débuté à dix-neuf ans par des symptômes de rétrécissement et que la dilatation est survenue consécutivement, petite d'abord, énorme par la suite, c'est-à-dire en rapport avec les pressions considérables que ce malade à l'imagination fertile et au style flamboyant employa pour vaincre son rétrécissement. Le fait que, dès la première injection d'atropine, les accidents s'amendèrent, vient encore prouver le rôle capital joué dans le rétrécissement par l'élément spasmodique.

Pour éclaircir et étayer l'histoire fort embrouillée de la dilatation congénitale de l'œsophage, il est nécessaire d'apporter des documents précis.

Ceci dit sur l'observation, j'arrive au procédé de gastrostomie *par torsion d'un cône gastrique*, auquel Souligoux a eu recours, après Ulmann, dont il ignorait alors le travail, ainsi qu'il nous le dit justement. L'auteur, saisissant avec une pince la paroi antérieure de l'estomac, lui fait subir une torsion de 90, puis de 120 degrés, fixe les plis de torsion par un surjet, fixe ensuite l'estomac à la façon ordinaire par des points musculo-peritonéo-stomacaux, et enfin ouvre le sommet du cône, dont il fixe la musculeuse à l'aponévrose des droits et la muqueuse à la peau, comme nous le faisons d'ordinaire.

A première vue ce procédé apparaît séduisant. Toutefois, je ferai observer que la torsion n'est qu'apparente, ou plutôt que partielle. Étant donnée la facilité avec laquelle se séparent sur le vivant les tuniques musculeuse et muqueuse de l'estomac, il n'est pas douteux que M. Souligoux ne saisit et ne tord que la musculeuse; je n'en veux pour preuve que la facilité avec laquelle une sonde molle du calibre 18 est immédiatement introduite,

facilité qui ne serait point égale si elle devait suivre le trajet hélicoïdal résultant d'une torsion totale de 210 degrés.

Cependant le procédé est bon, en ce sens qu'il a donné une bouche continente ou à peu près dans les deux cas où il a été employé. Il est bon au même titre que nombre d'autres procédés par lesquels chacun de nous obtient neuf fois sur dix, et à moins de frais, des résultats très satisfaisants, soit en obligeant la sonde à suivre un trajet assez long entre la musculeuse et la muqueuse, comme dans le procédé de Marwedel ou ses dérivés, soit en utilisant plus simplement la facile réparation des tuniques, comme je le fais dans le procédé que je vous ai décrit, soit en entourant le cône gastrique d'une boutonnière musculaire, comme le font le professeur Terrier et ses élèves Routier et autres. Je me refuse à conclure avec Reynier que le procédé par torsion, appliqué deux fois seulement, donne « une sécurité remarquable, que nous n'avons avec aucun autre procédé ». Avec l'expérience, les procédés les plus simples apparaissent comme les meilleurs et les plus rapides, considération qui est d'importance dans des cas où nous sommes souvent appelés à opérer *in extremis.*

Discussion.

Sur la chloroformisation.

M. Bazy. — A tout ce qui a été dit et si bien dit par nos collègues sur le chloroforme et la manière dont ils en comprennent l'administration, je n'ajouterai rien. Je me permettrai seulement quelques réflexions sur l'action du chloroforme et sur ses effets physiologiques ou, si l'on aime mieux, pathologiques.

Il y a très longtemps (j'étais interne de M. Guyon) que M. Potain et M. Guyon nous avaient appris, par des consultations pour des malades de leurs services, que les sujets porteurs de lésions valvulaires pouvaient être très bien endormis, surtout ceux qui étaient atteints d'insuffisance aortique.

La lésion orificielle n'est rien, seul l'état du myocarde importe.

J'ai eu souvent l'occasion de vérifier cette affirmation de MM. Potain et Guyon, ayant eu à opérer un grand nombre de vieillards, chez lesquels les orifices du cœur sont souvent atteints.

Je citerai entre autres le cas d'un veillard que j'ai opéré il y a trois ans, pour des calculs vésicaux pesant 45 grammes et qui avait un rétrécissement de l'urètre ne laissant passer qu'avec

peine le n° 21. Ce vieillard de quatre-vingt sept ans a pu être ainsi longtemps endormi et il a dû l'être longtemps, en raison de la nécessité d'un broiement poussé très loin.

Son pouls pendant l'opération est tombé à 30 pulsations par minute, vérifiées à la montre; quand il remontait à 40, nous étions très satisfaits. A l'état normal, il était de 60 à 64. Or, pendant que le pouls était ainsi ralenti, la respiration se faisait normalement et régulièrement, et la figure avait une coloration tout à fait satisfaisante.

Il a très bien supporté l'opération, qui a été nécessairement longue, à cause du poids des pierres et de l'étroitesse du canal nécessitant un broiement plus complet.

Ce fait typique et bien d'autres considérations font que j'attache plus d'importance à l'étude de la fonction respiratoire qu'à celle de la circulation, sans toutefois négliger celle-ci et d'autres indications.

Ceci est un point accessoire de ma communication. Les points sur lesquels je veux appeler l'attention sont les suivants.

Toutes les fois qu'on nous parle de la pureté du chloroforme, on nous en parle en disant que les *réactifs chimiques* employés ont prouvé que le chloroforme était pur, et l'on énumère les essais auxquels les chimistes ont soumis le chloroforme.

Mais, à côté des réactifs chimiques, il y a des réactifs non moins importants : ce sont les réactifs physiologiques, et vous comprenez par là ce qu'il faut entendre : c'est le sujet soumis aux inhalations chloroformiques.

Sans doute la quantité plus ou moins grande de chloroforme absorbé est pour une bonne part dans les effets physiologiques observés ; mais, cette condition mise à part, ne voyons-nous pas quelques-uns de nos collègues, comme Schwartz, Routier, dire (et s'ils le disent, c'est que des faits nombreux le leur permettent) que le chloroforme d'une marque déterminée endort plus vite que celui d'une autre marque, et pourtant les deux sont également purs.

M. Routier a observé des séries de bronchorrées.

M. Delbet accusait le bromure d'éthyle de donner de la jaunisse. Or, à plusieurs reprises, et je l'ai fait remarquer à mes élèves, nous avons eu une série de malades qui avaient la jaunisse à la suite de l'absorption du seul chloroforme. M. Delbet est peut-être tombé sur une série analogue.

MM. Ricard, Michaux nous ont parlé d'alertes chloroformiques survenues par séries dans leurs hôpitaux respectifs. Le jour où j'ai eu à déplorer une mort, j'avais eu, immédiatement avant, une alerte, et j'en ai eu une autre deux jours après. Et cependant on peut croire que j'y apportais toute mon attention.

Et la chimie répond toujours : Chloroforme excellent. Il y a donc dans le chloroforme quelque chose que la chimie est impuissante à déceler et que la clinique révèle, et dont il faut que nous tenions compte.

Ces considérations peuvent, avec d'autres tirées du local, de la qualité de l'air contenu dans la salle d'opération où il peut exister quatre fois plus d'acide carbonique, comme dans mon cas, ou bien du gaz non brûlé qui s'échappe dans la pièce, comme dans mon cas encore, toutes ces considérations peuvent expliquer les accidents, surtout quand le chloroforme est donné à une malade plus ou moins affaiblie par des suppurations.

A ces réflexions je désire en joindre une autre, à mon avis aussi importante, c'est la suivante : Toutes les fois qu'on donne un médicament un peu actif, on est exposé à des accidents.

Nous avons tous vu des malades chez lesquels le contact du coton hydrophile produisait la sinapisation ; j'ai vu un bain phéniqué à 1/500 produire un œdème énorme du bras avec vésicules et bulles énormes se développant sous nos yeux et s'accompagnant d'un suintement considérable.

J'ai vu à l'hôpital Saint-Louis une malade qui a eu un érythème scarlatiniforme généralisé, parce que l'interne avait passé sur la ligne de réunion d'une laparotomie, après ablation des fils, un simple tampon imbibé de sublimé, et la même éruption se reproduire à la suite de la même manœuvre, ce qui ne laissait pas de doute sur son origine.

Le professeur Fournier, à qui je fis voir la malade, n'émit aucune espèce de doute sur la nature toxique et hydrargyrique de l'éruption et me fit voir alors une malade qui avait une dermatite pustuleuse généralisée très grave, pour avoir pris une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure.

L'opium, même à dose infinitésimale, ne peut être supporté par certains malades, quoiqu'ils l'aient pris sans s'en douter ; de même l'antipyrine, etc...

Et les urticaires causées par l'ingestion, par l'odeur de quelques fraises, etc !

On pourrait multiplier les exemples.

Par analogie, je dirai que, sans vouloir nier (loin de moi cette pensée) l'action réflexe et syncopante du chloroforme, je conçois très bien que le chloroforme puisse agir sur certains organismes comme un violent poison, et qu'il exerce sur certains individus, dans certaines conditions, l'action hypertoxique de l'acide cyanhydrique et du cyanure de potassium.

Chez d'autres, au contraire, il pourra agir plus lentement, et tuer plus tard comme chez le malade de M. Delorme, ou la mienne.

Cette influence se fera d'autant plus sentir qu'on se trouvera dans des conditions plus défavorables, soit de ventilation pulmonaire, soit de *dépression morale* ou de *déchéance physique*.

Les conditions de toxicité, on peut les retrouver dans d'autres substances, et en particulier dans la cocaïne : les cas de mort cités, qu'il s'agisse soit d'anesthésie locale, soit d'anesthésie rachidienne, peuvent recevoir cette explication.

Et c'est pourquoi, toutes les fois qu'on emploie un médicament actif, quelque prudence qu'on y apporte, on peut avoir des accidents.

C'est une raison de plus pour être très prudent.

M. Moty. — J'ai le bonheur de n'avoir jamais eu d'accidents mortels par le chloroforme ; je serai donc très bref. Je dirai seulement que je me suis conformé à la méthode de Labbé et que j'ai donné le chloroforme d'une manière continue au moyen d'une raquette concave garnie de flanelle sur laquelle on verse toutes les sept ou huit secondes de 4 à 10 gouttes d'anesthésique.

Je fais également usage de la pince à langue de Lucas-Championnière, qui est d'une incontestable utilité dans le cas d'embarras ou d'irrégularité de la respiration.

Cependant, en dehors des alertes respiratoires qui cèdent rapidement, j'en ai eu d'autres plus sérieuses, dont la dernière m'a laissé des souvenirs très précis ; il s'agissait d'un soldat que j'opérais pour exostose épiphysaire et que j'avais consenti, à regret, à chloroformer sur ses instances ; l'opération se faisait sans incidents et allait être terminée, quand M. le médecin-major Ricoux, qui donnait le chloroforme, se mit vivement à tirer la langue du patient en disant : « il ne respire plus » ; l'aide qui tenait le pouls le sentait encore battre, mais quelques secondes après il signala aussi son arrêt ; encore quelques secondes et j'organisai la respiration artificielle brachiale ; et voyant les tractions de la langue inutiles, j'enfonçai l'index dans la bouche de l'opéré et frictionnai énergiquement la partie postérieure du pharynx de mon malade, d'abord sans résultat ; mais en allant un peu plus bas j'eus la joie de provoquer enfin une faible inspiration qui se renouvela quelques secondes après ; et au bout d'une minute, tout danger ayant disparu, je terminai l'opération sans nouvel incident.

Cette friction de la partie profonde du pharynx m'avait déjà réussi dans deux ou trois cas dont le souvenir m'est resté moins précis ; je la considère donc comme beaucoup plus puissante que les tractions de la langue quand il s'agit de provoquer un réflexe inspirateur, et c'est pour cela que je m'y arrête. Mon malade m'a paru être resté une minute environ en état de mort apparente ; et

j'ai conservé l'impression qu'il n'aurait pas été rappelé à la vie sans la friction pharyngée.

J'ai pu constater après guérison que ses organes respiratoires et circulatoires paraissaient parfaitement normaux, mais que son champ visuel était très rétréci; je crois donc d'une part, comme M. Reynier, que l'élément hystérie joue un rôle important dans les accidents chloroformiques, et, d'autre part, comme M. Potherat, que l'influence rassurante du chirurgien peut avoir une certaine action sur le facteur psychique de ces accidents.

Cependant, comme les progrès des méthodes d'anesthésie générale et les moyens de lutter contre les accidents chloroformiques ne mettent pas encore à l'abri de tout danger, il y a lieu de faire appel le plus souvent possible à l'anesthésie locale par la cocaïne, si bien étudiée par M. Reclus et d'une application si commode et si efficace chez la plupart des sujets.

La cocaïnisation locale peut suffire non seulement pour les amputations, mais encore pour les appendicites à froid sans graves lésions, pour le trépan, etc.; et j'ai même pu mener à bien après cocaïnisation locale une résection typique du genou intéressant la presque totalité des condyles.

Il est à regretter seulement que le chloroforme ou l'anesthésie générale reste nécessaire dans les cas de péritonite généralisée, en raison de l'extrême sensibilité des intestins dilatés, difficiles à réduire, dans la plupart des opérations abdominales et dans les cas où l'on est appelé à faire une opération de longue durée sur des tissus enflammés que la cocaïne anesthésie fort mal.

M. Guinard. — Encore un mot à propos de l'anesthésie mixte. M. Richelot, en nous vantant « l'anesthésie mixte » avec le bromure d'éthyle et le chloroforme, n'avait pas suffisamment développé sa pensée. J'avais compris, et j'ai pu m'assurer que la plupart d'entre nous avaient compris comme moi, que M. Richelot anesthésiait ses malades avec le bromure d'éthyle et lui substituait ensuite le chloroforme. Il paraît qu'il n'en est rien, et il s'agit seulement de quelques inspirations de bromure d'éthyle destinées à supprimer l'action du chloroforme sur la muqueuse pharyngo-nasale; puis c'est le chloroforme qui est pris pour amener la résolution et le sommeil artificiel. Je ne peux m'empêcher de dire que même avec cette méthode de M. Richelot « ma remarque subsiste », puisque la malade dont j'ai parlé ici a succombé aux premières inhalations de bromure d'éthyle. Mais je laisse de côté cette argumentation par trop aisée pour revenir en quelques mots sur l'anesthésie mixte que j'ai vantée par le kélène et le chloroforme. Je n'avais ait que l'indiquer très sommairement, et, après les explications de

M. Richelot, on pourrait croire que j'emploie le kélène comme il emploie le bromure d'éthyle. Or, il n'en est rien, puisque je ne fais intervenir le chloroforme que lorsque le malade est *complètement anesthésié* par le kélène : la différence entre les deux modes d'agir est capitale.

On peut se servir du chloréthyle que nous avons tous en petits tubes délivrés par la Pharmacie Centrale des hôpitaux. Bien des fois j'ai utilisé ces petits tubes lorsque je manquais de kélène anesthésique pur. On peut aussi se servir d'une simple compresse comme pour la chloroformisation, en ayant soin de l'appliquer hermétiquement sur le nez et la bouche pour qu'il n'y ait pas d'air; mais je me sers journellement du masque à kélène et du kélène anesthésique pur qu'on nous fournit dans de gros tubes gradués permettant de voir exactement les doses employées.

Voici donc la technique à suivre : Le masque est d'abord placé sur le visage et emboîte hermétiquement le nez, la bouche et le menton. Le malade respire ainsi quelques instants « à blanc »; lorsque la respiration est calme et régulière, on dirige le jet de chloréthyle sur le tampon d'ouate du récipient métallique sans en prévenir le malade, et l'anesthésie est pour ainsi dire instantanée ; il faut en général huit ou dix divisions du tube, c'est-à-dire 8 ou 10 centimètres cubes, pour endormir le malade, et de trente à soixante secondes pour obtenir la résolution complète. Avec ce procédé on n'use que fort peu de chloroforme, par le seul fait que la durée de l'anesthésie est beaucoup moindre.

Je ne veux pas laisser cette discussion se terminer sans protester contre une interprétation erronée qu'on a donnée à ce que j'ai dit dans ma première communication. Je n'ai jamais écrit qu'il ne faut pas anesthésier les cardiaques : j'ai fait, comme vous tous, des opérations longues et laborieuses, des hystérectomies abdominales, etc..., chez des cardiaques qui ont merveilleusement supporté la chloroformisation. A ce propos j'ai lu avec soin le très remarquable discours de M. Huchard à l'Académie de médecine et j'ai vu qu'il faut se défier de la symphyse cardiaque, des endocardites infectieuses aiguës, des dyspnées toxi-alimentaires, des asystolies. MM. Bucquoy, Berger, Le Dentu, Championnière, etc..., ont éliminé en outre les cœurs gras, les cœurs scléreux, les myocardites. Mais alors, que reste-t-il? Tout juste les cardiaques avec des lésions valvulaires bien compensées. Pour ceux-là, tout le monde s'accorde à dire que le chloroforme est innocent. Et cependant la plupart des orateurs ajoutent qu'en pareil cas « il faut redoubler d'attention ». C'est d'ailleurs ce qui ressort de la lecture attentive de tout ce qui vient d'être dit sur ce sujet. Je n'ai jamais

voulu dire, ni dit autre chose. Je suis bien convaincu que personne ne refusera de faire chloroformer un cardiaque, mais je crois aussi qu'au début de l'anesthésie on aura toujours soin d'avertir le chloroformisateur que le malade « a quelque chose au cœur ». Cela voudra dire sans doute qu'il faudra « redoubler d'attention », suivant la phrase académique ; je ne comprends pas très bien ce que cela signifie au juste ; je pense seulement que cela donne raison aux réserves que j'ai faites dans ma première communication.

M. Broca. — Il vient de paraître, dans le numéro du 13 février de la *Deutsche med. Wochenschrift*, un article où M. Laqueur étudie l'hypertrophie du thymus comme cause de mort par le chloroforme. Il a vu succomber au début de l'anesthésie un garçon de quatorze ans auquel il voulait énucléer un œil. A l'autopsie, le thymus et l'appareil lymphoïde péripharyngien étaient hypertrophiés. Or, chez l'enfant dont j'ai parlé à la dernière séance, j'ai oublié de vous dire que le thymus était hypertrophié et le cœur gras; je tiens ces renseignements de M. Brouardel, qui a fait l'autopsie à la Morgue. Et, d'autre part, dans la statistique communiquée hier par M. Brouardel à l'Académie de médecine, je vois une autopsie semblable, sur un enfant atteint d'arthrite fongueuse *du pied;* le mien était atteint d'arthrite fongueuse *du genou.* Peut-être y a-t-il là une petite confusion, et s'agit-il du même malade.

Dans son travail, M. Laqueur insiste sur ce fait — que tous les médecins et chirurgiens d'enfants connaissent depuis longtemps — que l'hypertrophie du thymus est, sans cause connue ou avec une cause provocatrice banale, susceptible de provoquer la mort subite. Aussi n'ai-je pas été surpris le jour où M. Brouardel m'a fait part oralement du renseignement ci-dessus. M. Laqueur conseille donc, avant d'endormir un enfant, de s'assurer de l'état du thymus. Mais il arrive à penser — ce qui ne m'étonne pas — que l'examen direct ne mène pas à grand'chose, et l'on peut seulement conclure indirectement à cette hypertrophie quand en même temps sont gros l'appareil lymphoïde péripharyngien et la rate. J'avoue que jusqu'à présent je n'ai pas scruté chaque fois la rate des enfants que je vais opérer. Mais j'ai toujours constaté que les adénoïdiens, à un degré prononcé, sont plus sujets que d'autres aux alertes chloroformiques, ce que j'attribuais tout simplement à la gêne respiratoire ou à l'obstruction nasale; et je n'ai jamais vu que les adénoïdiens supportassent le bromure d'éthyle plus mal que les autres sujets.

Aussi, quand j'ai à faire sur un adénoïdien une opération non urgente, je commence par lui couper ses adénoïdes; et je me

demande si la chloroformisation facile, ensuite observée, n'est pas un argument contre l'hypertrophie concomitante du thymus hypertrophié, qui aurait bien vite disparu. Je ne sais donc pas s'il est bien facile de savoir si le thymus est gros ou non, et nous restons exposés, malheureusement, à être surpris par cette hypertrophie.

M. P. Michaux. — J'ai été extrêmement étonné, au cours de cette longue discussion sur les accidents chloroformiques, d'entendre la plupart de nos collègues préférer la respiration artificielle aux tractions rythmées de la langue, comme moyen de traitement de ces accidents.

Je ne suis pas du tout de cet avis; j'ai beaucoup pratiqué, et vu pratiquer la respiration artificielle quand j'assistais M. Labbé à l'hôpital Beaujon; depuis six ans, à Ivry, à Broussais, à Lariboisière, je ne pratique plus que la traction rythmée de la langue, et je déclare hautement que pour moi cette méthode des tractions rythmées est incontestablement supérieure par sa simplicité, sa rapidité, et ses bons résultats.

Autant que mes souvenirs les plus précis me permettent de l'établir, je n'ai pas vu, dans ces cinq années, un seul malade mourir réellement de chloroforme, surtout pas dans la première période de l'anesthésie; j'ai vu trois malades succomber, à la fin de l'opération, mais il s'agissait d'opérations longues, difficiles, chez des sujets âgés, à surcharge graisseuse, ou dans deux cas de péritonites purulentes généralisées avec énorme ballonnement du ventre et infection généralisée, je n'ai pas vu une seule alerte chloroformique qui n'ait cédé aux tractions rythmées très rapidement.

Presque toujours il suffit de six ou huit tractions, dix au plus, pour voir le creux épigastrique soulevé légèrement par les premiers battements de l'aorte abdominale, puis un peu après un léger spasme diaphragmatique, et enfin l'agrandissement régulier et rythmé de la cage thoracique.

J'ai soin, pour bien faire cette traction rythmée, de pousser le malade au bout de la table du côté du chloroformisateur, de manière que la tête soit légèrement tombante, encore un peu soutenue, ce qui étend la trachée; la mâchoire inférieure est abaissée par l'ouvre-bouche, l'aide tire la langue du malade lentement et bien à fond, la renversant en bas, et au bout de cinq à six tractions, huit ou dix au plus, j'ai presque toujours vu les malades revenir à eux.

Ici, pas de perte de temps, pour changer les aides fatigués par la respiration artificielle, pas de bruit, pas d'agitation inutile, protection facile de la plaie.

Tranquillité, sang-froid, simplicité, efficacité incontestable, tels sont les avantages de la traction rythmée de la langue.

Sans doute, il peut paraître étrange, quand le malade est en état de mort apparente ou imminente, de ne pas s'agiter, de ne pas se secouer dans les efforts de la respiration artificielle, la satisfaction que procure le mouvement qu'on se donne à soi-même fait défaut, mais je puis assurer par l'expérience de ces cinq années qu'entre mes mains et celles de mes élèves la traction rythmée de la langue s'est montrée la plus simple, la plus efficace des méthodes appliquées au traitement des accidents du chloroforme.

M. Poirier. — Je vous demanderai, Messieurs, de bien vouloir remettre à la prochaine séance le résumé que je dois vous présenter de l'importante discussion en cours, afin que je puisse prendre connaissance des dernières et intéressantes communications. Par contre, je tiens à protester immédiatement contre les conclusions du plaidoyer que vient de faire mon ami Michaux en faveur des tractions rythmées de la langue. J'ai de l'estime pour ce moyen, qui peut être utile dans certains cas, surtout chez le nouveau-né. Je crois savoir le pratiquer, l'ayant appris aux claires démonstrations de Laborde. J'ai eu l'occasion de le pratiquer au cours d'alertes chloroformiques ; parfois il fut suffisant, mais je ne compte plus les cas où les tractions n'ayant produit aucun résultat, la respiration se rétablit après qu'un aide vigoureux eut fait quelques mouvements de respiration artificielle. A mon avis, il n'y a aucune comparaison à établir entre les tractions rythmées et la respiration artificielle, à condition que cette dernière soit bien faite. Je conclurai : gardez-vous de vous attarder aux tractions rythmées, prenez garde de perdre un temps précieux, ayez vite recours à la respiration artificielle, qui seule peut faire pénétrer l'oxygène sauveur jusqu'aux alvéoles.

M. Schwartz. — Je me joins avec énergie à la protestation de M. Poirier. Certes, j'emploie et j'ai employé, dès que Laborde nous l'a fait connaître, les tractions rythmées de la langue dans les cas d'alerte chloroformique.

Mais je n'y ai pas la confiance que j'ai dans la respiration artificielle, j'ai été témoin du fait suivant :

Pendant une alerte, la traction rythmée faite seule pendant quelques instants n'a donné aucun résultat, alors que la respiration artificielle m'a ramené rapidement le malade à la vie.

Celle-ci reste pour moi le moyen par excellence de combattre la grande majorité des accidents de syncope respiratoire.

Rapport.

Note sur la séparation de l'urine des deux reins,
par M. Luys.

Rapport par M. Henri HARTMANN.

Une des grosses préoccupations du chirurgien, lorsque l'indication d'une néphrectomie se pose, est de connaître l'état fonctionnel du rein opposé.

On sait aujourd'hui qu'en dehors de l'*analyse chimique* des urines qui, dans le cas de lésions rénales bilatérales, montre une diminution des matériaux fixes (phosphates, sels de potasse et surtout urée) et une diminution de la concentration moléculaire caractérisée par une *élévation de son point de congélation* (Δ), qui normalement oscille de — 1°5 à — 2 degrés, nous possédons deux autres moyens d'établir que l'élimination rénale ne se fait pas normalement.

L'un, c'est l'*absence de la glycosurie temporaire* qui doit suivre l'injection sous-cutanée de 0,005 milligrammes de phloridzine.

L'autre, c'est la *constatation d'une modification dans la manière dont se fait l'élimination urinaire après injection sous-cutanée* de 0,05 centigrammes *de bleu de méthylène* (1).

Notre collègue Bazy attache très justement, suivant nous, une grande importance à ces recherches. La constatation, établie par eux, d'un fonctionnement normal des reins, autoriserait, suivant lui, sans plus ample recherche, à pratiquer la néphrectomie. Il semble évidemment probable que, si l'élimination se fait normalement, il y ait de grandes chances pour que le rein en apparence sain le soit bien dans la réalité, car il serait anormal que le rein certainement malade fût, au point de vue fonctionnel, le meilleur des deux.

Ce n'est, toutefois, pas une certitude ; et, à côté d'un néoplasme bien limité, ce qui est le cas le plus fréquent, il se pourrait que le tissu rénal sain fût suffisant pour produire une élimination normale, alors que le rein opposé n'existe plus. C'est là, je le reconnais, une hypothèse, mais rien ne nous dit qu'elle ne sera pas un jour justifiée. *L'absence d'une élimination normale contre-indique évidemment la néphrectomie; sa constatation n'indique pas d'une manière certaine l'intégrité du rein opposé.*

(1) Achard (Ch.). Diagnostic de l'insuffisance rénale, *XIII*e *Congrès international de médecine*, Paris, 1900, section de pathologie interne, p. 452. — Discussion : Dominici, Bard, Léon Bernard.

De plus, au point de vue du diagnostic de début de certaines lésions inflammatoires ou tuberculeuses du rein, alors que le palper ne permet de déceler ni augmentation de volume, ni sensibilité d'un rein, ces diverses recherches ne permettent pas d'établir quel est le côté atteint.

Je sais bien qu'en pareil cas M. Bazy a conseillé de rechercher ce qu'il appelle le *réflexe urétéro-vésical*, caractérisé par la constatation d'une douleur à la pression lorsque le doigt appuie sur le point où l'uretère s'ouvre dans la vessie (1).

J'ai eu moi-même plusieurs fois l'occasion de vérifier l'exactitude de ce signe. Néanmoins, je crois qu'il est plus sûr de constater directement les modifications de l'urine excrétée par chacun des deux reins.

Aussi comprenons-nous que le cathétérisme de l'uretère ait séduit beaucoup de chirurgiens, surtout lorsqu'il a été rendu plus facile par l'adjonction aux anciens cystoscopes d'un onglet mobile qui permet de modifier l'inclinaison de la sonde urétérale, et de l'engager ainsi dans l'uretère en combinant les mouvements de propulsion et d'inclinaison (2). L'adjonction de cet onglet mobile, dû à notre collègue Albarran, a été immédiatement adoptée par les chirurgiens étrangers, en particulier par Nitze, dont vous connaissez tous la compétence en matière de cystoscopie. A partir de ce moment, le cathétérisme de l'uretère a pris une grande place en chirurgie urinaire.

Malheureusement, malgré toutes les améliorations apportées à sa technique, le *cathétérisme de l'uretère :*

1° *N'est pas toujours possible.* Il nécessite une vessie tolérante et un milieu vésical clair. De plus, même quand ces conditions favorables se trouvent réunies, il y a encore des cas où l'on ne peut pas faire le cathétérisme. On voit l'uretère, mais la sonde passe sur l'orifice sans pouvoir s'y engager.

2° *N'est pas toujours innocent.* Il est fréquent d'observer, le soir d'un cathétérisme, une ascension de température. Cette ascension est, il est vrai, le plus souvent passagère, et l'infection qu'elle indique n'est pas suivie de lésions consécutives, le lavage effectué par l'écoulement continu de l'urine empêchant leur développement et débarrassant l'uretère des éléments microbiens qui peuvent y avoir été apportés. Mais qu'il y ait une gêne au cours de l'urine, comme dans certaines coudures de l'uretère, un calcul dans le

(1) Bazy. Sur quelques symptômes et signes, et en particulier du réflexe pyélo-vésical et urétéro-vésical, comme moyen de diagnostic des lésions suppuratives du rein. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1901, p. 410.

(2) Albarran (J.). Technique du cathétérisme cystoscopique des uretères. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, Paris, 1897, p. 457.

bassinet, etc., on est exposé à voir apparaître et se développer une lésion inflammatoire du bassinet. Ces faits ne frappent pas au premier abord, parce que les symptômes révélateurs de pyélonéphrites légères n'apparaissent pas d'une manière évidente après le cathétérisme, et qu'elles mettent un certain temps à se développer; les lésions n'en existent pas moins, et nous avons connaissance de cas où aucune cause autre que le cathétérisme urétéral ne semble devoir être incriminée

3° *Peut induire en erreur.* Le passage de la sonde dans l'uretère fait quelquefois saigner et penser à l'existence d'une hématurie rénale; de l'urine peut filtrer entre les parois de l'uretère et la sonde, arriver ainsi dans la vessie, faisant croire, lorsqu'on recueille le contenu de cette dernière, à l'existence d'une urine provenant du rein non cathétérisé.

Si nous ajoutons à tout cela que *le cathétérisme de l'uretère est une opération délicate, nécessitant une éducation spéciale*, on comprendra facilement tous les avantages qu'il y aurait à pouvoir recueillir séparément l'urine des deux reins *en cloisonnant simplement la vessie.*

Neumann l'a tenté chez la femme en introduisant, par l'urètre, un tube dans l'intérieur duquel se trouve une cloison qui se prolonge de 4 centimètres dans la vessie, et contre laquelle un doigt vaginal appuie la partie postérieure de cette dernière (1).

Les résultats ont été médiocres; de plus, l'appareil n'est applicable qu'à l'urètre féminin.

Celui d'Harris (de Chicago) (2) peut, au contraire, être employé dans les deux sexes. Avec un levier, introduit dans le rectum chez l'homme, dans le vagin chez la femme, Harris soulève la paroi inférieure de la vessie en forme de toit et recueille ensuite séparément l'urine que déversent, dans les gouttières latérales, les deux uretères. C'est un appareil analogue qu'a préconisé Downes (de Philadelphie) (3).

Nous avons essayé l'appareil d'Harris, et n'en avons pas été très satisfait.

Dans ces conditions, notre assistant, M. Luys, eut l'idée d'un nouvel appareil qui part d'un autre principe : au lieu de faire un toit, comme Harris et Downes, il fait dans la vessie un puits qu'il cloisonne, supprimant ainsi le levier, vaginal ou rectal, sinon douloureux, du moins toujours désagréable.

(1) Neumann. *Deutsche med. Woch.*, Leipzig, 1897, n° 43, p. 690.

(2) Harris (Malcolm). The best method of collecting the urine from the ureters for diagnostic purposes, *Annals of surgery*, New-York, 1900, t. II, p. 149.

(3) Voir Nicolich. L'instrument de Downes, *Association d'urologie*, Paris, 1901, p. 523.

Ce nouveau *séparateur des urines* se compose de trois parties réunies ensemble : deux sondes métalliques et une pièce intermédiaire.

Les sondes métalliques sont de petit calibre et présentent la courbure d'un explorateur métallique; près de leur bec sont percées des ouvertures à leur face interne (1).

La pièce intermédiaire est constituée par une lame métallique de même courbure que les sondes. Dans la concavité de cette lame, et formant la corde de l'arc constitué par l'extrémité de cette lame métallique, peut se tendre ou se détendre une chaîne analogue à celle de la scie à chaîne. Toute la pièce est recouverte par une chemise en caoutchouc; lorsque la chaîne est tendue, il s'élève entre les deux sondes une véritable cloison, tandis qu'au contraire, lorsqu'elle est détendue, l'élasticité du caoutchouc applique la chaîne sur la concavité de la cloison métallique. La manœuvre du rideau de caoutchouc est commandée par une vis située à l'extrémité libre du manche.

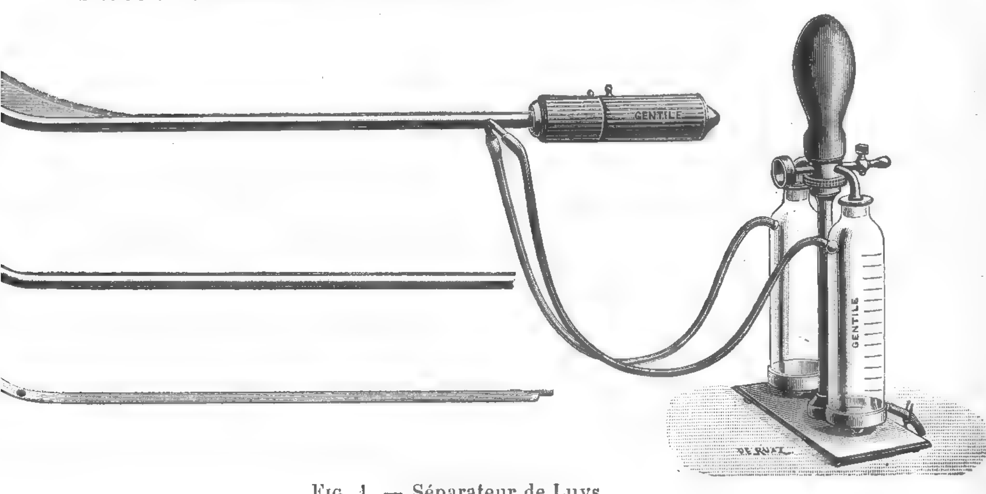


Fig. 1. — Séparateur de Luys.

Les trois pièces de l'instrument sont réunies entre elles à chacune de leurs extrémités, à l'une par le manche, à l'autre par une petite vis commune.

L'ensemble correspond à un calibre total du n° 42 environ.

Il en existe deux modèles de construction identique, mais de longueurs différentes, l'un pour l'homme, l'autre pour la femme.

(1) Dans les premiers appareils construits, il existait des ouvertures sur les deux faces des sondes; l'expérience nous a montré que les ouvertures externes étaient inutiles et qu'à leur niveau la vessie était quelquefois aspirée et saignait; aussi les avons-nous supprimées.

Faisons remarquer ici que la pièce métallique intermédiaire aux deux sondes, recouverte de sa chemise caoutchoutée, dépasse légèrement par sa portion convexe la convexité des deux sondes ; de telle manière que, autant par sa convexité que par sa concavité, cette pièce intermédiaire forme bien une véritable cloison.

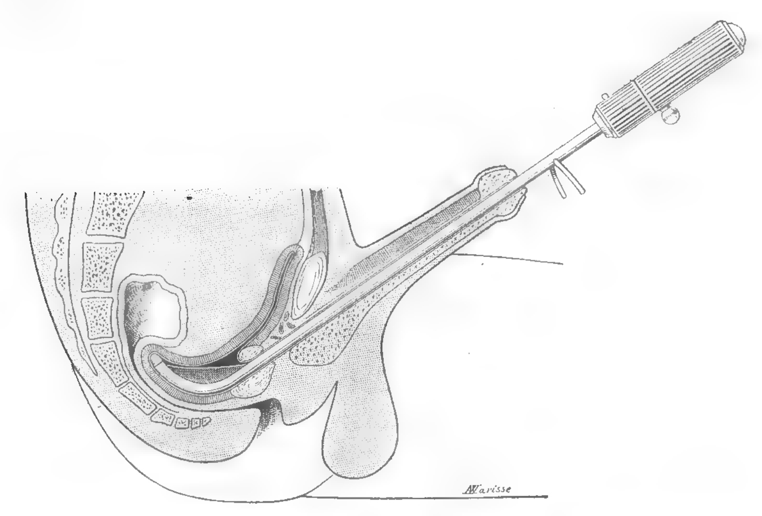


Fig. 2. — Le séparateur mis en place dans la vessie.

L'appareil mis en place, la cloison développée, on fait l'aspiration du liquide, à l'aide d'un système aspirateur comprenant une poire en caoutchouc et deux flacons.

On comprend ainsi comment, aussitôt qu'une goutte d'urine sort de l'uretère, elle est forcée de gagner la dépression en cul-de-sac formée par la pression de l'instrument, et ensuite d'être aspirée au dehors par la sonde métallique.

On comprend aussi comment, par le fait de l'aspiration s'exerçant continuellement dans la cavité vésicale, les parois de celle-ci, aussi bien la supérieure que les latérales, s'accolent les unes aux autres et que, de ce fait, le cloisonnement de la vessie est d'autant plus parfait.

L'introduction de l'instrument ne semble pas plus douloureuse que celle d'un explorateur métallique, et elle est inoffensive.

Enfin, l'appareil a le mérite d'être facilement et complètement démontable, et d'être aisément stérilisable, car il peut être plongé tout entier dans l'eau bouillante.

Cet appareil, d'un maniement facile, à la portée de tous les chirurgiens, ne nécessite pas une éducation préalable spéciale ; il nous a rendu de grands services, car il permet une séparation

parfaite des urines, comme vous pouvez le voir par les tubes que je vous présente et qui tous proviennent de malades de mon service.

Obs. I. — H..., porteur d'une tumeur du rein droit. Le 10 septembre 1901, séparation des urines. A gauche, urine normale ; à droite, urine sanglante. Le 16 septembre, nous faisons la néphrectomie lombaire. Guérison.

Obs. II. — F..., dix-sept ans, atteinte de tuberculose urinaire fébrile. Le 8 novembre 1901, séparation des urines. A droite, urine sanguinolente ; à gauche, urine presque normale. Néphrectomie lombaire droite. Après l'opération, le sang disparaît des urines.

Obs. III. — H..., vingt-huit ans, polyurie trouble. Le 28 janvier 1902, séparation des urines. A droite, urine claire ; à gauche, urine très purulente. Le 31 janvier, néphrotomie gauche. Évacuation d'une pyonéphrose et ablation d'un gros calcul. Le lendemain, les urines vésicales sont claires. Le malade va actuellement bien, mais a encore une fistule lombaire.

Obs. IV. — F..., cinquante-sept ans, chez laquelle nous avons pratiqué il y a un an une néphrectomie droite. Le 19 février 1902, séparation des urines. Le tube de gauche laisse écouler une urine normale ; le tube de droite ne donne aucun écoulement.

Obs. V. — F..., trente-six ans. Rein droit augmenté. Le 15 février séparation des urines. A droite, écoulement d'urine trouble en quantité beaucoup plus abondante qu'à gauche, où l'urine est absolument limpide.

Obs. VI. — F..., vingt-cinq ans. Rein droit mobile ; urines troubles. Le 14 février, séparation des urines. A droite, urines troubles, 10 gr. 48 d'urée ; à gauche, urines claires, 20 gr. 50 d'urée par litre.

Le fait de la séparation des urines des deux reins à l'aide de l'appareil de Luys me paraît établi par la présentation de cette série de tubes.

Pour la pratiquer, on doit opérer de la manière suivante :

Après les précautions antiseptiques d'usage (nettoyage du méat, lavage de l'urètre), on vide la vessie avec une sonde molle et on la lave ; si elle est sensible, on instille, dans l'urètre et dans la vessie, une dizaine de grammes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 100, qu'on laisse pendant cinq à dix minutes, puis qu'on évacue. On injecte 100 grammes d'eau boriquée dans la vessie et l'on retire la sonde.

Le séparateur est alors introduit et poussé jusqu'au contact de la paroi postérieure de la vessie. On le maintient dans cette position jusqu'à ce qu'on ait déployé la cloison de caoutchouc en manœuvrant la vis du manche de l'instrument.

Le malade, qui jusque-là est resté couché, est, à ce moment, placé en position demi-assise, et le manche de l'instrument est relevé du côté de l'abdomen jusqu'à ce qu'on sente la résistance produite par le contact de sa convexité avec le bas-fond vésical.

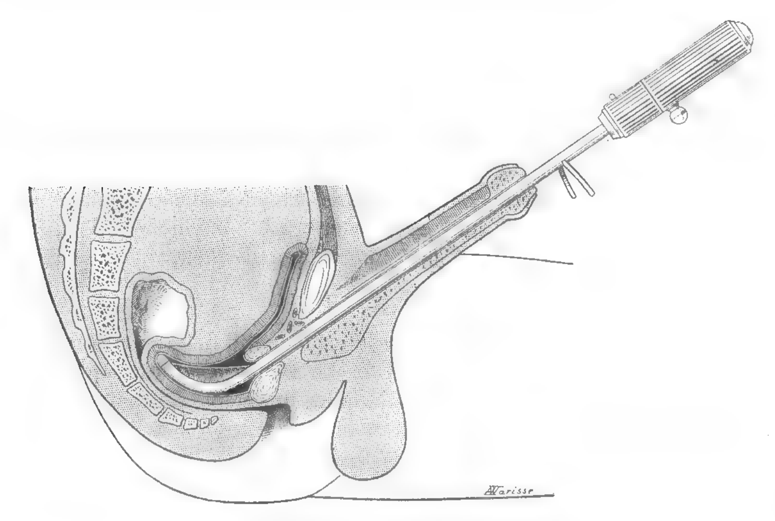


Fig. 3. — Petit cul-de-sac rétro-prostatique où peuvent se mélanger les urines.

Les orifices des sondes sont alors mis en communication avec les tuyaux de l'aspirateur et l'eau boriquée est aspirée. A partir de ce moment, on peut recueillir séparément l'urine de chaque rein. Il y a cependant, chez certains sujets, une cause d'erreur; c'est l'existence d'un petit cul-de-sac rétro-prostatique situé au-dessous de la cloison instrumentale et permettant un mélange partiel des urines. Il faut, pour éviter cette cause d'erreur, tout en maintenant avec la main gauche l'instrument contre le bas-fond vésical, appliquer, avec l'index droit introduit dans le rectum, la paroi vésicale contre le séparateur. On obtient ainsi une séparation parfaite des urines.

Grâce à de petites modifications qu'apporte en ce moment M. Luys à son intrument, nous croyons que, très prochainement, nous pourrons vous présenter un appareil qui dispensera de cette petite manœuvre et qui, si nous en croyons les premiers essais, permettra même de supprimer l'aspiration.

Tel qu'il est, le séparateur de Luys permet déjà au praticien d'avoir un moyen simple de faire un diagnostic précis dans l'immense majorité des cas. Il ne peut, évidemment, convenir aux

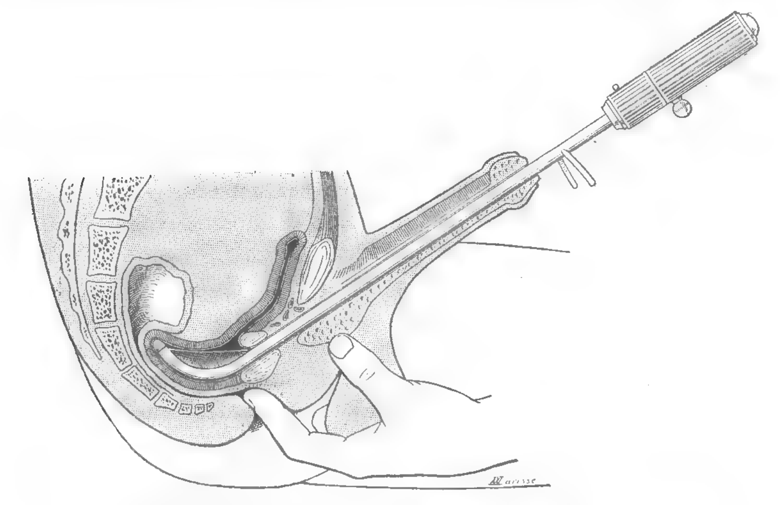


Fig. 4. — Le doigt rectal soulève la vessie en arrière de la prostate; la séparation est parfaite.

vessies intolérantes, qui ne se prêtent du reste pas plus au cathétérisme de l'uretère, mais il a, sur le cathétérisme urétéral, l'avantage qu'il peut rendre des services même dans les cas de milieu vésical trouble. Pour ces raisons et pour celles que nous avons indiquées au cours de cette note, cet instrument mérite d'entrer dans notre arsenal chirurgical.

Communications.

Petit fibromyome de la région pylorique. Symptômes de cachexie cancéreuse. Ablation. Guérison,

par M. POIRIER.

L'observation que je désire vous présenter vous paraîtra, je l'espère, intéressante par elle-même et par le contraste qu'elle offre entre la gravité des symptômes et la petitesse d'un néoplasme bénin.

J'ai été appelé, il y a deux mois environ, auprès d'une femme de cinquante-huit ans qui présentait tous les signes d'une cachexie cancéreuse avancée. Sans antécédents héréditaires ou personnels intéressants, cette dame, mère de trois enfants bien portants,

commença à souffrir de l'estomac il y a une dizaine d'années; ces troubles dyspeptiques assez sérieux, caractérisés surtout par des douleurs ou crampes, sans vomissement, cédèrent à un traitement approprié. Cependant, depuis, la malade se plaignit, à différentes reprises, de digestions difficiles. Elle les attribua à la ménopause, qui survint à cinquante ans et fut marquée par des troubles nerveux divers : tremblements convulsifs, idées mélancoliques et abondantes métrorragies.

Après la ménopause, l'état général redevint excellent, Mme H... engraissa beaucoup : son poids s'éleva jusqu'à 160 livres.

Depuis un an seulement, ses douleurs d'estomac sont revenues, vagues, difficiles à localiser; en même temps, l'appétit disparaît et les digestions sont laborieuses. La malade maigrit rapidement. Elle va de médecin en médecin, suit des traitements divers qui restent tous sans résultat. Depuis cinq mois, elle ne peut presque plus rien absorber : dès qu'un aliment, solide ou liquide, arrive dans l'estomac, il provoque des douleurs violentes, que la malade désigne sous le nom de contractions ou crampes, avec répercussion, en arrière, le long de la colonne vertébrale.

Une cuillerée à soupe de lait suffit pour déterminer des symptômes qui s'atténuent si la malade se couche et fait des applications chaudes sur le creux épigastrique. Il n'y a jamais de vomissements. L'alimentation est impossible; aussi la malade a-t-elle maigri rapidement : elle pèse 108 livres, au lieu des 160 d'autrefois. En même temps, le teint a jauni.

Localement, l'exploration est assez difficile, car elle provoque d'assez vives douleurs. Plusieurs médecins, des plus distingués, ont vu cette malade : le diagnostic, unanime et incontestable, est cancer du pylore; d'aucuns ont senti la tumeur. Le pouls, très ralenti, bat à 44; il y a une légère diminution de l'urée; on découvre, dans les deux aines, des ganglions indurés et grossis.

Lorsque je fus appelé à voir cette malade, j'inclinai vers le diagnostic commun, bien qu'il m'eût été impossible de relever quoi que ce soit d'anormal par la palpation, si ce n'est une défense assez nette de la paroi dans la région épigastrique. Comme ceux d'entre vous qui ont quelque habitude des affections de l'estomac, je n'accorde qu'une importance médiocre à l'exploration locale, par quelque pulpe et dans quelque position qu'elle soit pratiquée : entendez, je vous prie, que si mon exploration reste négative, je me garde de conclure qu'il n'y a rien et qu'il faut s'abstenir. Au contraire. En matière d'affections stomacales, je m'abstiendrais assez volontiers de l'exploration, accordant beaucoup plus d'importance aux symptômes fonctionnels.

Dans le cas particulier, je conclus : le diagnostic de cancer du

pylore est le plus vraisemblable; il y a des douleurs, une impossibilité presque complète d'alimentation, le devoir est d'opérer; on agira suivant les circonstances. Je fus assez heureux pour convaincre la malade et la famille.

Le lendemain, j'ouvrais de l'appendice à l'ombilic et je cherchais, à diverses reprises, une lésion quelconque, d'abord du côté de l'estomac, puis tout le long du tube digestif, enfin dans les annexes de celui-ci. Ayant étudié la face antérieure de l'estomac, je relevai l'épiploon pour aborder la face postérieure; rien. Cependant, au cours de ces manipulations de l'estomac, je remarquai et fis observer à mes aides que partout où mes doigts s'étaient appliqués sur l'estomac, ils déterminaient une petite élevure par contraction locale des fibres musculaires; et là où l'ongle avait touché et pressé le viscère, sa trace restait sous l'aspect d'une petite crête arciforme qui s'effaçait lentement. Une dernière fois, je revins vers le pylore, et, ayant observé qu'il paraissait légèrement contracté, je me mis en devoir de le dilater en le malaxant d'abord entre les pulpes de l'index et du pouce d'une main, auxquelles vinrent s'adjoindre les pulpes homonymes de l'autre main, quand les premières eurent commencé la dilatation.

Au cours de ces manœuvres, je sentis, dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'estomac, à un centimètre et demi environ du pylore, une petite tumeur assez dure et du volume d'un gros noyau de cerise. C'était si peu de chose que je me demandai d'abord si je ne prenais point pour une tumeur un nœud de contraction locale déterminé par mes manipulations. Non, c'était bien une tumeur. Heureux de trouver enfin quelque chose à faire, j'enlevai cette petite tumeur en taillant dans la paroi antérieure de l'estomac un petit losange à grand axe parallèle à celui du viscère et comprenant toute l'épaisseur de celui-ci.

Je suturai la perte de substance, perpendiculairement à l'axe du détroit pylorique, de façon à plutôt agrandir celui-ci. Et le ventre fut refermé.

En sortant de ce ventre, je n'étais pas très fier de mon intervention; il me paraissait difficile d'admettre qu'une si petite tumeur avait pu provoquer un tel état de cachexie; je craignais qu'il n'y eût autre chose que je n'avais pas découvert.

Les suites ont été exceptionnellement favorables et les résultats ont dépassé notre attente. Dès le lendemain, la malade accusait un soulagement notable : elle pouvait avaler, garder et digérer sans douleur quelques cuillerées de lait. Le surlendemain, elle absorbait deux tasses à café de lait. Huit jours après l'opération, elle prenait deux œufs. Actuellement, deux mois après l'opération,

elle se nourrit comme tout le monde, et a engraissé de 12 livres.

Je me résigne à croire que cette petite tumeur (un fibromyome d'après l'examen de mon collègue et ami Ménétrier) déterminait un spasme pylorique, suffisant pour expliquer la dénutrition chez cette femme à estomac particulièrement irritable, car la malade ne présenta pas ailleurs aucun stigmate d'hystérie.

L'hématologie des kystes hydatiques,

par MM. Th. TUFFIER et G. MILIAN.

A la date du 5 avril 1901, nous indiquions déjà à la Société anatomique (1) que les malades atteints de kyste hydatique présentaient une réaction sanguine éosinophilique marquée, ce qui, le cas échéant, pouvait servir au diagnostic. Des recherches pratiquées depuis cette époque par plusieurs de nos collègues sont venues confirmer notre indication : *Memmi* (2) (de Sienne), au XI[e] Congrès de la Société italienne de médecine interne, tenu à Pise du 27 au 31 octobre 1901, a rapporté les résultats obtenus par lui à ce sujet : chez douze malades atteints de kyste hydatique du foie, il a observé une éosinophilie variant de 7 à 20 p. 100. Memmi insiste sur l'importance diagnostique de ce fait, et raconte qu'il a écarté deux fois et avec raison le diagnostic de kyste hydatique chez des sujets où l'éosinophilie faisait défaut, alors qu'ils étaient porteurs de tumeurs simulant l'échinococcose. Memmi a, d'autre part, pu reproduire expérimentalement l'éosinophilie chez les animaux en leur injectant du liquide de kyste hydatique ; il en conclut que l'éosinophilie doit être mise en rapport avec les produits des échanges organiques du parasite.

MM. *Darguin* et *Tribondeau* (3), à la séance de la Société de Biologie du 2 novembre 1901 (leur communication n'a pas été reproduite *in extenso* dans les bulletins de la Société), insistent également sur la valeur séméiologique de l'hémodiagnostic des kystes hydatiques.

Ces différents auteurs ont donc confirmé nos dires relatifs à l'éosinophilie hydatique, et le nombre des cas observés à ce sujet est maintenant respectable. Nous voulons apporter ici, puisque la question vient à l'ordre du jour, les examens complets que nous

(1) Eosinophilie réaction des parasites animaux. Communication du 5 Avril rapportée dans le *Bulletin de la Société anatomique*, Mai 1891, p. 323.

(2) Memmi. Résumé in *Sem. medicale*, 13 nov. 1901, p. 376.

(3) *Presse médicale*, 6 nov. 1901, p. 141.

avons pratiqués et que nous réservions. Et nous nous plaçons ici non seulement au point de vue de la réaction éosinophilique, mais de la réaction sanguine totale. Nous voulons en un mot essayer de dégager la formule hématologique des kystes hydatiques, et voir ensuite quelles conclusions pratiques on est en droit d'en tirer.

Les kystes hydatiques provoquent des *réactions sanguines indépendantes du siège même de la tumeur*; nous obtenons des chiffres identiques pour les kystes du poumon, du foie, de l'épiploon.

L'échinococcose provoque généralement l'*hyperglobulie:* nous relevons en effet les chiffres de 6.882.000; 5.274.960; 5.444.263; 4.557.000.

Malgré cette hyperglobulie, la valeur globulaire se maintient à un taux convenable, puisqu'elle oscille entre 0.50 et 0.60 (nomenclature de Hayem).

Il y a de même *hyperleucocytose*, car le chiffre des leucocytes varie entre 10.000 et 15.000.

Il s'agit d'une leucocytose *polynucléaire, avec éosinophilie.* Les chiffres ci-dessous fournissent un exemple typique :

G. R., 5.274.960	P., 66 (1)
R., 2.631.863	Mog., 3
G., 0,49	Mcp., 2
G. B., 14.973	Mcg., 18
	My., 4
	E., 4
	Nsp., 3

L'éosinophilie est modérée, comme on voit, mais indubitable : elle varie entre 4 à 8 sur 100.

Ce chiffre nous paraît d'autant plus significatif que la proportion de 2 p. 100 d'éosinophiles donnée comme normale est certainement au-dessus de la vérité.

Les mononucléaires ont conservé leurs proportions respectives; ce sont les grands mononucléaires clairs qui prédominent, comme dans le sang normal.

Tels sont les résultats généraux que nous avons obtenus dans cinq cas de kyste hydatique. Or notre sixième cas est totalement différent des précédents.

Voici en effet les chiffres obtenus par nous dans deux numérations successives :

(1) Les lettres ont les significations suivantes : P = polynucléaire. — Mog. = grand mononucléaire opaque (Hayem). — Mcp = petit mononucléaire clair. — Mcg = grand mononucléaire clair. My = mononucléaires à gros noyau en croissant. — E = éosinophiles. — Nsp = formes anormales, amas chromatiques sans protoplasma.

PREMIER EXAMEN	DEUXIÈME EXAMEN
G. R., 3.590.730	G. R., 3.642.500
G. B., 5.146	G. B., 2.573
Faible coloration du sang	
P., 75	
Mop., 2	
Mog., 1	
Mcg., 5	
My., 11	
E., 2	
Nsp., 4	

Contrairement aux résultats précédents, nous avons ici une *anémie* marquée *avec hypoleucocytose*, la proportion relative des polynucléaires restant augmentée, et les mononucléaires clairs remplacés par des mononucléaires à noyau en croissant.

Y aurait-il donc des formules différentes pour des affections identiques?

Il n'en est rien, et si la réaction sanguine était différente, le cas était aussi différent : le kyste était *suppuré*, formant une énorme poche de 2 à 3 litres de pus, et d'autre part le foie était profondément touché.

Il y avait eu à plusieurs reprises de l'*ictère*, et au moment de l'examen, la malade présentait non la teinte verte de l'ictère biliphéique par rétention, mais une teinte terreuse des téguments caractéristique de l'ictère par pigments modifiés, de l'ictère hémaphéique. Et, de fait, le malade ne présentait de réaction de Gmelin ni dans les urines ni dans le sérum, mais on y retrouvait facilement le spectre de l'urobiline.

Les poussées d'ictère antérieures, l'ictère hémaphéique contemporain rendent suffisamment compte de l'anémie de la malade, car on connaît l'action déglobulisante des pigments biliaires. Et nous savons aussi qu'il n'est pas rare d'observer la leucopénie dans les grosses collections suppurées refroidies du foie. La signature de la suppuration existe ici sous la forme d'une polynucléose relative, ainsi que dans les formes mononucléaires anormales telles que les mononucléaires à noyau en croissant.

Nous voyons par cette discussion que la contradiction des chiffres n'est qu'apparente, et que la formule hématologique générale du kyste hydatique est bien l'hyperglobulie avec hyperleucocytose polynucléaire et éosinophilie.

Cette formule est assez analogue à celle que nous avons indiquée pour les *suppurations* ; elle n'en diffère que par l'éosinophilie.

Encore celle-ci s'observe-t-elle au moment de la résolution des collections suppurées.

Nous savons encore que les *sarcomes* ont une réaction sanguine identique, à part l'éosinophilie.

La constatation de cette éosinophilie présente donc une certaine *valeur diagnostique*.

Est-ce à dire qu'elle est infaillible? Assurément non. Et nous ne saurions mieux faire, pour inviter à la prudence, que de rappeler un cas observé par nous avec Marcel Labbé, chef de clinique du professeur Debove, à propos d'un malade de son service.

Il s'agissait d'un homme porteur de deux volumineuses tumeurs, fluctuantes d'apparence, et développées depuis plusieurs années. On hésitait entre un sarcome ramolli et un kyste hydatique. La suppuration pouvait être mise hors de cause, car il y avait depuis peu une ophthalmoplégie externe droite qu'on ne pouvait expliquer autrement que par une généralisation de la lésion. L'examen du sang nous donnait les résultats suivants :

G. R., 5.496.000	P., 54
R., 3.185.000	Mop., 2
G., 0,57	Mog., 4
G. B,. 12.090	Mcp., 1
	Mcg., 11
	My., 2
	E., 26

C'était tout à fait conforme à la formule du kyste hydatique. Or l'incision de la tumeur a montré un volumineux myxome (1). L'éosinophilie n'est donc pas infaillible; elle est seulement une *présomption* en faveur du kyste hydatique.

Nous croyons pouvoir tirer les *conclusions* suivantes de ces faits :

I. — Les kystes hydatiques ont pour formule hématologique générale : l'hyperglobulie variant de 5.000.000 à 6.890.000 avec hyperleucocytose variant de 10.000 à 15.000 et constituée par des polynucléaires avec éosinophilie de 4 à 8 p. 100.

II. — La formule est la même quel que soit le siège de la tumeur (poumon, foie, épiploon).

III, — Lorsque les kystes hydatiques se compliquent d'altérations viscérales ou de suppuration, la formule peut être modifiée. L'ictère, en particulier, qu'on est susceptible de rencontrer dans les kystes du foie, amène une anémie marquée et persistante.

IV. — La formule hématologique ci-dessus n'est qu'un élément de présomption et non de certitude en faveur du kyste hydatique, car nous savons que les suppurations en résolution et certaines tumeurs peuvent aussi la reproduire.

(1) L'examen histologique n'a pas été pratiqué, car la tumeur n'a pas été enlevée, et le malade vit encore.

Présentations de malades.

Fracture itérative de la rotule.

M. Routier. — Je vous présente ce malade comme un exemple de fracture itérative de la rotule ; il marche déjà depuis huit jours.

La première fracture date du 10 novembre 1901 ; porté dans mon service deux jours après, je lui pratiquai la suture de la rotule.

Je constatai comme toujours que l'articulation était pleine de caillots sanguins et que les débris fibreux interposés entre les fragments osseux auraient toujours empêché une coaptation quelconque.

Je mis, comme je le fais d'habitude, deux gros fils d'argent.

Quinze jours après, le malade marchait.

Il était sorti par conséquent depuis longtemps, lorsque le 4 février 1902, il est tombé en sortant de chez un marchand de vins.

Il a rompu ses deux fils d'argent et s'est cassé à nouveau la rotule.

Le 6 février, j'ai refait la suture; les fragments étaient aussi recouverts de tissus fibreux déchirés; dès le 20, le malade marchait.

C'est évidemment une supériorité marquée de ce traitement des fractures de la rotule.

Large résection d'un pylore cancéreux.

M. Routier. — Je vous présente ce malade auquel j'ai fait une large résection pour un cancer du pylore que je vous présente aussi, surtout pour vous montrer le bénéfice immédiat dû à cette opération.

Le 27 décembre, ce malade pesait 60 kilogrammes. Je l'ai opéré le 28 décembre.

Aujourd'hui, il pèse 76 kilogrammes.

Opéré par la méthode de Bilroth première manière, il a eu comme plusieurs de mes opérés une petite fistule gastrique du quinzième au vingt-cinquième jour après son opération.

Aujourd'hui il est parfaitement guéri.

Je regrette qu'on ait oublié d'amener ce malade opéré pour un cas analogue, même plus étendu, il y a deux ans et deux mois, et qui revient avec une récidive. Je lui ferai sans doute une gastro-entéro-anastomose.

Actinomycose de la face et bothryomycose.

M. Thierry présente un cas d'actinomycose de la face et un cas de bothryomycose. — Renvoyé à une commission ; M. Nélaton, rapporteur.

Coxa vara d'origine rachitique.

M. Maunoury présente un jeune homme de dix-huit ans qui est atteint d'une affection de la hanche offrant tous les caractères d'une coxa vara. Il y a deux ans, il reçut dans la partie moyenne de la cuisse droite un coup de pied de cheval auquel il n'attribua aucune importance, et qui n'arrêta pas un seul instant son travail.

En avril 1901, c'est-à-dire plus d'un an après ce traumatisme en apparence léger, il commença à éprouver de la fatigue de la jambe, puis en septembre il se mit à boiter, et en novembre il était fort gêné pour mettre son pantalon et s'habiller.

Actuellement la hanche droite est notablement déformée, le grand trochanter est remonté de 2 cent. 5, et ce chiffre mesure le racourcissement du membre qui est porté en outre dans l'adduction et la rotation externe. La flexion est limitée, et il y a impossibilité d'adduction et de rotation en dedans.

La hanche n'est ni gonflée ni douloureuse ; il n'y a pas de douleurs nocturnes, et l'état général est resté excellent.

La radiographie montre les lésions caractéristiques de la coxa vara. Les épreuves prises en plan frontal font voir l'enroulement du col, dont les bords supérieur et inférieur décrivent une courbe à convexité supérieure, tandis que la tête est restée dans la cavité cotyloïde, qui paraît intacte. Nous avons ainsi l'explication anatomique du raccourcissement et de l'adduction.

Il est plus difficile de rendre apparente la courbure antéro-postérieure du col, qui donne lieu à la rotation externe. Cependant j'ai pu réussir dans une certaine mesure en appliquant le procédé qui a été dernièrement proposé par Laüenstein. Pour cela on radiographie le sujet couché avec la cuisse portée en flexion et en abduction. On peut ainsi sur un sujet sain obtenir le profil des faces antérieure et postérieure du col, et ce profil est exact si l'axe de l'ombre du col prolonge exactement l'axe de l'ombre de la diaphyse. Chez notre sujet cette manœuvre présentait quelques difficultés en raison de la flexion limitée et de l'abduction impossible ; nous n'avons pu arriver à obtenir l'axe du col tout à fait sur le

prolongement de l'axe de la diaphyse, cependant l'épreuve obtenue est bien suffisante pour permettre d'apercevoir la convexité de la face antérieure du col.

La hanche gauche était parfaitement saine et les épreuves que nous en avons prises nous ont servi de points de comparaison.

Ce malade présente en outre un double *genu recurvatum* ; je n'ai pu savoir à quel moment de la vie il s'est produit.

M. Kirmisson. — Le malade qui nous est présenté par M. Maunoury offre évidemment un certain degré d'affaissement du col fémoral, ainsi qu'en témoigne la radiographie. Mais il est à remarquer qu'il s'agit ici d'un malade manifestement rachitique. Chez lui, les deux diaphyses fémorales forment une courbe exagérée à convexité antéro-externe ; il y a un degré énorme de genu recurvatum ; le creux poplité est remplacé par une surface convexe ; enfin, à droite, du côté sur lequel porte l'affaissement du col fémoral, il y a un certain degré de genu valgum. Il y a également un peu de scoliose lombaire gauche. Par là le malade se rapproche des petits rachitiques de la première enfance, chez lesquels j'ai pu, comme tous les chirurgiens, constater, en même temps que des déformations osseuses multiples, l'affaissement du col du fémur.

Quant à la coxa vara des adolescents, existant en dehors de toute autre déformation rachitique, et qui, d'après certains auteurs allemands, notamment, serait assez fréquente, jusqu'ici il ne m'a pas été donné d'en rencontrer un seul exemple. J'ai cru un jour en posséder un cas chez un jeune homme qui, en même temps que de la scoliose, présentait de la claudication du côté gauche. La radiographie nous a montré que, chez lui, le col fémoral avait sa direction normale. De même, chez un second jeune homme qui m'avait été présenté par M. Tuffier, il m'a semblé qu'il s'agissait plutôt d'une arthrite de la hanche, que d'un cas de coxa vara.

Présentations de pièces.

Grosse tumeur fibreuse de 2 k. 270, *sous-péritonéale. Ablation.*

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une grosse tumeur de la paroi abdominale antérieure, développée en arrière des droits, par conséquent sous-péritonéale, ayant donné lieu à des adhérences épiploïques avec péritoine pariétal refoulé et adhérant lui-même à la tumeur.

Cette tumeur qui, sur la coupe, nous présente tous les caractères d'un fibrome, s'est développée en l'espace de dix-huit mois chez une femme d'une quarantaine d'années. J'en donnerai l'observation complète.

Ce que ce cas présente d'intéressant, c'est l'erreur de diagnostic qu'il a amenée; j'ai en effet diagnostiqué une tumeur de l'ovaire, alors qu'il s'agissait d'une tumeur de la paroi, et ce n'est que pendant le cours de l'opération que j'ai pu poser un diagnostic certain. Elle n'avait aucune relation appréciable avec les muscles ou aponévroses de la paroi. Cette tumeur doit être rapprochée de celle que je vous ai présentée l'an dernier, et qui s'était développée dans le tissu celluleux sous-péritonéal du cul-de-sac de Douglas.

Corps étranger articulaire pédiculé du coude. Insuffisance de la radiographie. Extirpation à la cocaïne locale. Guérison. Observation rédigée par M. Leborgne, externe du service.

M. Chaput. — Au mois de juillet dernier j'étais consulté par un jeune homme de seize ans qui, il y a deux ans, avait ressenti d'assez forts craquements dans son coude droit; en même temps existait une légère douleur. Le malade ne pouvait étendre facilement le bras; l'avant-bras restait en demi-flexion. Ces phénomènes persistèrent jusqu'en juin 1901. A cette époque, à la suite d'un effort pour lancer une balle, le malade sentit dans son coude un corps qui se déplaçait, et qu'il pouvait faire saillir ou rentrer à volonté. La gêne augmentant, on fait des massages, mais inutilement.

Le malade, examiné le 6 juillet, présente les symptômes suivants :

L'avant-bras se présente en position naturelle, c'est-à-dire en légère flexion avec supination. Dans cette attitude on ne constate rien d'anormal.

Si on fléchit un peu plus le membre en le mettant en pronation, on constate l'apparition, au niveau de la tête du radius, en dehors et en arrière de cette tête, d'une petite tumeur du volume d'une noisette, qui ressemble à la cupule radiale. Elle présente précisément une excavation au niveau de sa face supérieure.

La peau est mobile sur la tumeur; la tumeur est mobile sur les os, auxquels elle paraît fixée par un pédicule.

Au-dessous de la tumeur on perçoit la présence de la tête radiale.

La tumeur est dure; elle disparaît totalement dans la supination. Je diagnostique : corps étranger articulaire.

L'examen radiographique montre une tête radiale plus volumineuse qu'à l'état normal; au-dessus d'elle on aperçoit un léger nuage qui ne pourrait suffire à faire le diagnostic si on ne se basait que sur la radiographie.

Le 7 *juillet*, la tumeur étant saillante, je fais à la cocaïne locale une incision de 4 à 5 centimètres qui me conduit sur le corps étranger. Celui-ci adhère aux os par un pédicule épais que je sectionne aux ciseaux. Je suture la capsule avec de la soie fine. Suture de la peau aux agrafes Michel. Réunion immédiate, guérison parfaite. Le corps étranger est ovalaire, il mesure 1 cent. 1/2 de longueur sur une largeur un peu moindre.

L'extrémité située sous la peau est amincie, l'extrémité opposée fixée au pédicule est épaisse de quelques millimètres. La face supérieure est légèrement concave, l'autre est un peu convexe. La transparence du corps étranger aux rayons X permet de supposer qu'il est en grande partie cartilagineux.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 5 MARS 1902

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Poirier qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. Hartmann qui demande un congé de quatre mois.

4°. — Un travail de M. Savariaud, intitulé : *Un cas d'intervention pour plaie pénétrante du ventricule droit.* — Le travail de M. Savariaud est renvoyé à une commission dont M. Michaux est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. Le Dentu offre à la bibliothèque de la Société 13 volumes de la *Gazette de santé*, et 64 volumes de la *Gazette médicale de Paris*.

A l'occasion du procès-verbal.

Gastrostomie par torsion d'un cône gastrique.

M. Reynier. — J'ai regretté de n'avoir pu venir à la dernière séance, et de n'avoir pu répondre à M. Poirier, discutant les con-

clusions de mon rapport sur la gastrostomie par torsion qu'avait préconisée M. Souligoux.

M. Poirier pense que le malade de M. Souligoux a eu un rétrécissement primitif de l'œsophage, et que la dilatation est survenue consécutivement. Comme je l'ai dit, en présence de ce cas bizarre, il est difficile de rien affirmer. Les cas de dilatation congénitale présentent au début les mêmes symptômes qu'on note dans les rétrécissements, l'arrêt des matières. Il est donc rétrospectivement difficile de dire si, au début, il y a eu simple dilatation, ou rétrécissement. Peut-être même n'y a-t-il eu au début qu'un spasme œsophagien? L'autopsie seule pourra peut-être nous permettre d'entrevoir la vérité.

Quant à la valeur du procédé, M. Poirier le conteste en nous disant « qu'il a donné une bouche continente, ou à peu près, dans les deux cas où il a été employé ». Or, je le répète, la bouche a été continente dans les deux cas, et si à un moment, dans mon observation, il y a eu incontinence, c'est par suite d'une faute commise; le laisser à demeure de la sonde avait transformé en canal rigide cet orifice qui doit rester souple pour pouvoir être fermé par le resserrement des plis de torsion au moment de la dilatation de l'estomac. Il m'a suffi d'enlever la sonde pour que, vingt-quatre heures après, l'incontinence disparût, et que l'estomac redevînt continent d'une façon absolue. On ne peut donc pas arguer de ce fait contre le procédé de M. Souligoux. D'ailleurs, ce n'est pas seulement dans deux cas que les résultats ont été bons, mais encore dans tous les cas d'Ulmann que j'ai cités.

M. Poirier fait encore remarquer que dans la torsion de ce cône, la muqueuse se sépare de la musculeuse et ne participe pas à la torsion, qui ne porte que sur les fibres musculaires et la séreuse. C'est possible. Mais je ne vois pas que la constatation de ce fait puisse porter atteinte à la valeur du procédé. Ce qu'il importe, c'est que les fibres musculaires soient tordues; c'est leur torsion seule qui suffit pour fermer l'ouverture stomacale; et si c'est à ce que la muqueuse ne participe pas qu'est due la facilité avec laquelle on introduit la sonde quand on veut nourrir le malade, je crois qu'on doit applaudir à pareil résultat qui permet d'avoir un orifice perméable, tout en étant continent. Les objections de M. Poirier ne me font donc pas modifier mes conclusions, et je crois toujours devoir vous engager à recourir au procédé vanté par M. Souligoux, qui nous donne une sécurité plus grande qu'aucun autre procédé, au point de vue de la continence de l'orifice créé.

Il est en effet aussi rapide que tous les procédés simples qu'on nous vante tant, et cependant que condamne la pratique de tous

ceux qui les emploient. Je n'en veux comme preuve que les modifications incessantes, les perfectionnements qu'ils apportent chaque année à leurs procédés simples. Il est plus que probable qu'ils ne s'ingénieraient pas tant à les perfectionner, si ces procédés leur donnaient toujours des résultats parfaits. Mais dans toutes les statistiques qu'on nous fournit, nous trouvons, à côté de malades très continents, quelques-unes où la continence a fait défaut. La gastrostomie par torsion semble devoir éviter ces surprises, et c'est pour cela que je vous la recommande.

M. Guinard. — Je désire appuyer ce que vient de dire M. Reynier. J'ai pratiqué deux fois la gastrostomie par le procédé de M. Souligoux : ces deux cas me suffisent pour affirmer que les deux remarques faites à ce sujet par M. Poirier ne sont pas exactes.

D'abord, au point de vue de la « simplicité » du procédé, il est impossible de trouver dans les procédés connus une opération plus « simple » et plus rapide. J'ai l'habitude des opérations de Fontan, de Marwedel, de Terrier, et j'ai exécuté l'opération de Souligoux dès mon début, avec tout autant de facilité et de célérité.

Pour la seconde remarque de M. Poirier, je dirai qu'à ma seconde opération j'ai examiné avec soin l'état des tuniques stomacales au sommet du cône de torsion. J'avais saisi l'estomac avec une petite pince à griffes, et après l'avoir tordu d'abord de 180 degrés, puis de 180 degrés encore, j'avais fixé le cône ainsi obtenu à la paroi abdominale. En incisant alors avec précaution le sommet du cône au ras de la pince fixatrice, j'ai pu m'assurer, ainsi que tous les assistants, que la muqueuse de l'estomac était très superficielle et absolument en contact avec les autres tuniques qu'elle avait suivies dans le mouvement de traction de la pince. La remarque de M. Poirier n'est donc pas exacte en pratique, quand il dit que la muqueuse ne saurait être tordue avec les autres tuniques de l'estomac. La muqueuse est tordue avec les autres tuniques de l'estomac, pourvu que la pince qui conduit la manœuvre tienne dans ses griffes toutes les tuniques, y compris la muqueuse.

En somme, je suis convaincu que cette opération de Souligoux est une excellente opération, et je me rallie aux conclusions de M. Reynier.

M. Monod. — Je voudrais répondre un mot à M. Reynier. Il nous a dit que tous ceux qui ont employé les procédés les plus simples ont dû les abandonner. Je pourrais vous présenter de nouveau un malade opéré par moi de gastrostomie en 1894, qui survit et pré-

sente une bouche stomacale absolument continente. Je n'ai pas cru, depuis lors, devoir changer ma manière de faire, et suis, avec nos collègues Schwartz, Routier et plusieurs autres d'entre vous, resté fidèle au procédé de fixation simple de l'ouverture de l'estomac aux bords de la plaie abdominale.

Un cas de mort subite sous le chloroforme chez un sujet atteint d'hypertrophie du thymus.

M. A. MIGNON. — La dernière communication de M. Broca et le travail de M. Laqueur, analysé dans nos périodiques français, m'engagent à vous faire connaître un cas de mort subite sous le chloroforme survenue cette année dans mon service.

J'opérais le malade, âgé de vingt-deux ans, d'une hernie inguinale gauche. L'opération touchait à sa fin, lorsque le cœur et la respiration s'arrêtèrent subitement. Ni la respiration artificielle, ni les tractions rythmées de la langue, ni même la trachéotomie, ne purent ramener la vie.

Je fis l'autopsie avec mon collègue Ferrier et nous ne trouvâmes rien d'anormal chez le sujet, si ce n'est un thymus volumineux.

Il pesait 35 grammes et mesurait 10 centimètres de longueur sur 3 de largeur. Son extrémité inférieure recouvrait complètement la crosse de l'aorte.

J'avais bien été frappé de la présence anormale du thymus chez mon malade; mais je ne lui avais pas primitivement attaché l'importance que les faits publiés m'obligent à lui donner aujourd'hui.

A propos du diagnostic des lésions des reins.

M. BAZY. — On ne saurait apporter trop de soins à faire le diagnostic des lésions des reins, et surtout à diagnostiquer, quand on doit enlever un rein, l'état de son congénère.

C'est pourquoi tous les moyens de diagnostic doivent être accueillis avec empressement, à moins qu'ils ne comportent des dangers.

Vous savez ce que je pense, ce que M. Hartmann pense, et ce qu'on doit penser du cathétérisme des uretères; je n'y reviendrai pas.

Il me paraît pouvoir être avantageusement remplacé par la méthode de séparation des urines, réalisée par l'un des appareils connus, et, en particulier, par celui qui nous a été présenté par notre collègue Hartmann : l'appareil de Luys.

J'ai expérimenté cet appareil peu de fois, mais suffisamment, toutefois, pour que j'aie pu l'apprécier.

Je ne l'ai appliqué que trois fois, et encore chez la femme ; je dois dire que, dans les trois cas, c'est dans un but de contrôle pur et simple que je l'ai fait, le diagnostic étant fait d'avance, non seulement du siège de la lésion, mais encore de l'état du rein opposé.

Je transcris textuellement ce que j'ai observé, et qui a été dicté pendant que nous faisions l'expérience.

1° Tumeur du rein gauche, sans hématurie; *femme de vingt-cinq ans.* On sent le rein droit.

16 février. On place le séparateur de Luys, et, tout d'abord, on recueille par le côté droit un liquide jaune qui occupe à peine un demi-centimètre de la hauteur de l'éprouvette, tandis qu'on recueille 5 centimètres dans le tube gauche.

On vide les deux tubes et on continue à recueillir le liquide. Dans ce deuxième temps, c'est du côté gauche qu'on recueille à peine un peu plus de 1 centimètre, et 6 centimètres au moins dans le tube droit.

Voilà donc deux renseignements contradictoires ; il est vrai qu'ils se complètent, mais nous avons dû, pour les obtenir, laisser le séparateur en place à peu près une demi-heure.

Si nous ne l'avions laissé en place qu'un quart d'heure, nous en aurions conclu que le rein prétendu sain ne sécrétait pas, et que le rein malade sécrétait beaucoup.

Je signale cette cause d'erreur.

Et cependant la séparation s'est bien faite ; voici pourquoi je dis cela : c'est que le liquide du tube droit nous est apparu un peu rosé dans la deuxième partie de l'expérience, l'autre au contraire étant jaune clair; et quand nous avons retiré le séparateur, nous avons trouvé, sur le côté droit de la membrane de caoutchouc, un petit filament sanguin.

La vessie a été évidemment traumatisée légèrement du côté droit, le sang a légèrement teinté l'urine de ce côté, et la teinte n'est pas passée de l'autre.

En résumé, séparation parfaite, mais irrégularité de débit. Pas de renseignements.

Épreuve du bleu de méthylène et de la phloridzine : Mauvais pronostic.

J'ai dû l'opérer avant-hier pour une infection de son rein. Je me suis borné à ouvrir des abcès situés dans des poches kystiques. Trente-six heures après elle est morte, résultat que pouvait faire prévoir l'épreuve du bleu et de la phloridzine.

2° Cystite, urétérite, pyélo-néphrite droite ; femme de trente-huit ans.

Ici quelques personnes, et entre autres des candidats aux hôpitaux, avaient hésité entre tumeur du foie ou tumeur du rein. Mais le diagnostic était rendu évident par le toucher vaginal : on sentait l'uretère, et le réflexe urétéro-vésical était très net.

20 février. Séparation des urines avec l'appareil de Luys.

On place le séparateur : il ne s'écoule tout d'abord que l'eau injectée.

Au bout de huit à dix minutes, la malade éprouve un besoin d'uriner assez impérieux, elle donne alors dans le tube droit (côté malade) environ 4 centimètres cubes d'une urine trouble, dans le tube de gauche une ou deux gouttes d'eau de lavage.

On continue à recevoir dans deux autres tubes. On a alors, après un temps assez long, un peu de liquide louche à gauche. Rien à droite. On s'aperçoit alors que le liquide coule dans l'intervalle qui sépare la pièce intermédiaire des pièces latérales.

En vérifiant les tubes de caoutchouc et la pièce métallique, après avoir retiré le séparateur, on constate dans le tube de gauche des mucosités qui l'ont *peut-être obstrué.*

Ici, par conséquent, un résultat douteux.

En outre, l'appareil doit être modifié de manière que les pièces latérales ne puissent pas s'écarter de la pièce médiane, pour que le liquide ne puisse s'écouler ainsi par l'urètre.

3° Voici le troisième cas.

Femme de trente-neuf ans. Cystite, urétérite, pyélite droites. Réflexe urétéro-vésical très net.

28 février. Séparation des urines avec l'appareil de Luys.

Au bout de quinze minutes, il sort de l'eau boriquée et en plus grande quantité par le tube droit que par le tube gauche.

Au bout de dix-sept minutes, il n'est encore pas sorti d'urine. On retire le séparateur, après avoir abaissé la cloison et les deux tubes plongeant dans une éprouvette. L'éprouvette droite reçoit un liquide pâle blanchâtre avec des mucosités, à gauche le liquide est un peu jaune et aussi avec des mucosités.

On met alors une sonde dans la vessie, et il ne s'écoule aucun liquide. Le séparateur a donc recueilli toute l'urine qui s'est écoulée par chacun des deux uretères, et la séparation a donné ici deux liquides différents de couleur, quoique louches tous deux. Mais pendant tout le temps qu'a duré l'expérience, il s'est écoulé du liquide incolore par le côté droit, et rien par le côté gauche ; de telle sorte qu'on peut se demander si l'aspect blanchâtre du liquide à droite n'est pas dû à un mélange plus grand d'eau qui se serait accumulée du côté droit plutôt que du côté gauche.

Ce dernier cas semble être en apparence le triomphe de la valeur de la séparation des urines, parce que les reins chez cette

malade *ne sont ni gros ni douloureux*. Le séparateur seul semblait capable de faire le diagnostic. Néanmoins, et j'insiste sur ce point, j'avais diagnostiqué que le rein droit était malade, nous verrons comment. Le séparateur semblerait en outre indiquer ou qu'il n'y a pas de rein malade, la vessie l'étant seule, ou que les deux le sont, puisque les urines sont troubles des deux côtés : la différence de coloration, je l'avais tout d'abord interprétée dans le sens de l'état pathologique du rein droit, puisque l'urine était plus pâle, et peut-être un peu plus trouble. Mais, en réfléchissant que ce côté-là seul avait laissé couler l'eau de lavage, j'ai dû penser que cette coloration pâle pouvait très bien tenir à ce qu'il y avait précisément de l'eau de lavage, et alors je dois rester dans le doute. Vous voyez qu'il faut encore interpréter ce qu'on voit.

J'étais d'autant plus disposé à faire de cette coloration un signe indiquant que le rein droit était malade, que je savais d'avance, et quoiqu'il ne fût ni gros ni douloureux, qu'il était malade. Je le savais, parce que, quoique cette malade ne vînt se plaindre que de symptômes rappelant ceux de la cystite, j'ai diagnostiqué la pyélite, parce qu'elle présentait deux symptômes importants : la *pollakiurie nocturne* et le *réflexe urétéro-vésical*, en même temps qu'on sentait l'uretère augmenté de volume : le réflexe est, chez elle, si net, que quand on touche par le vagin l'orifice urétéral, elle dit : « Ça me pousse exactement comme quand j'ai fini d'uriner ».

Comme vous le voyez, mon expérience n'est pas assez grande pour que je puisse me permettre de juger la méthode de séparation des urines et surtout l'appareil. Mes cas prouvent seulement que l'application du procédé n'est pas aussi commode qu'on pourrait le supposer. Tout ne va pas aussi facilement que semblerait l'indiquer la communication, d'ailleurs très réservée, de notre collègue. Il nous a montré les cas types et positifs : il ne nous a pas, sans doute, montré les cas douteux, d'interprétation difficile. Il faut savoir, en outre, que l'application de l'instrument est pénible et même douloureuse, surtout dans les vessies irritées ou enflammées. Nos malades nous demandaient de terminer le plus tôt possible. Je dois dire que je ne leur avais pas mis de cocaïne ; mais nous savons que la cocaïne n'a guère de prise sur des vessies enflammées.

Enfin, mes trois malades ont eu la fièvre après l'opération. Deux en avaient eu spontanément auparavant : mais la troisième n'en avait jamais eu. J'ajoute que j'en ai très rarement observé à la suite de nombreuses cystoscopies que j'ai faites, et que l'une d'entre elles avait été auparavant cystoscopée sans inconvénient : il semble donc que le traumatisme soit assez important, soit plus sérieux en tout cas que dans la cystoscopie simple.

Est-ce à dire qu'il faille rejeter ce moyen? Assurément non, et je veux si peu le rejeter que je fais faire un séparateur qui me semble meilleur que les précédents; mais j'estime qu'il ne faut employer ce moyen qu'exceptionnellement et qu'il n'a besoin d'être employé qu'exceptionnellement.

Je suis bien convaincu que, dans les cas que nous a présentés M. Hartmann, tous ou presque tous eussent pu se passer du séparateur, et que le diagnostic complet a été fait avant l'emploi de l'instrument, qui n'a fait que le contrôler.

Le séparateur ne doit et ne peut être qu'un indicateur de la qualité de l'urine : urine sanglante, urine non sanglante (et encore ici, dans les cas où la teinte n'est que faiblement rosée, faut-il se méfier); urine trouble, urine claire.

Les résultats négatifs auraient besoin d'être contrôlés à plusieurs reprises.

En un mot, c'est surtout au diagnostic clinique qu'il faut toujours s'en rapporter, et n'employer qu'avec circonspection les instruments.

Il faut, en effet, être sobre de l'emploi des instruments pour le diagnostic des lésions urinaires : l'introduction d'un instrument dans une vessie ou un urètre infectés peut, malgré tous les soins et toute l'habileté qu'on puisse y apporter, être suivie des plus grands accidents. Avant-hier encore, je voyais, à ma consultation des voies urinaires, un malade qui avait été soigné, il y a quatre ans, par notre collègue Troisier, pour une gangrène pulmonaire. Or, cette gangrène avait été consécutive à un cathétérisme fait dans un service où l'on sait sonder. J'en parle d'autant plus librement que ce n'est pas chez moi et que je n'ai nullement l'intention de jeter la pierre à qui que ce soit, car on n'est pas absolument maître de l'antisepsie des voies urinaires infectées.

Il faut donc être sobre de ce que j'appellerai le diagnostic instrumental; il faut surtout s'efforcer de développer le diagnostic que j'appellerai clinique, celui que l'on peut faire avec les moyens ordinaires et habituels; il ne faut pas baser un diagnostic sur l'emploi d'un instrument, parce que le jour où l'emploi de cet instrument est impossible, le diagnostic le serait aussi; heureusement, il n'en est pas ainsi.

C'est pourquoi j'ai tant insisté devant vous sur tous les signes des lésions des reins et, en particulier, sur le réflexe urétéro-vésical. Je vois avec plaisir que M. Hartmann en reconnaît la valeur : je crois ce moyen important dans les lésions inflammatoires ou tuberculeuses. L'emploi des instruments ne doit être, le plus souvent, qu'un moyen de contrôle. C'est ainsi que j'envisage le séparateur des urines : ce doit être un moyen rare de dia-

gnostic; il peut être exceptionnellement un moyen précieux. Il pourrait être aussi une cause d'erreur.

Je n'ai pas l'expérience des autres séparateurs, mais celui de M. Luys me paraît être le meilleur; c'est pourquoi je ne me suis servi que de celui-là.

Différents procédés pour recueillir séparément les urines des deux reins.

M. J. Albarran. — Depuis longtemps j'ai soutenu ici et ailleurs l'utilité, reconnue par la grande majorité des chirurgiens, de l'examen comparé des urines des deux reins. Au cathétérisme urétéral, seul employé dans ce but il y a quelque temps, se sont ajoutés les appareils destinés à recueillir séparément dans la vessie les urines des deux reins.

Dans son remarquable rapport, notre collègue Hartmann signale les inconvénients du cathétérisme urétéral et les avantages de l'ingénieux appareil de M. Luys.

Connaissant bien le cathétérisme urétéral, que j'ai pratiqué des centaines de fois, mais encore peu documenté sur les séparateurs des urines, je ne me permettrai pas d'établir des comparaisons, mais je crois devoir, en suivant M. Hartmann, étudier d'abord avec lui les inconvénients qu'il signale dans l'emploi du cathétérisme urétéral.

1° Le cathétérisme urétéral n'est pas toujours possible. Il nécessite une vessie tolérante. En effet, dans les vessies très malades on ne peut employer le cathétérisme urétéral, mais j'ajoute que dans ces mêmes cas, on ne peut se servir des séparateurs; pour les employer, la vessie doit être encore plus tolérante que pour faire la cystoscopie, et j'ai souvent fait le cathétérisme urétéral avec des vessies n'ayant que 60 ou 80 grammes de capacité, c'est-à-dire dans des conditions telles que les séparateurs n'auraient pu être employés.

« Le cathétérisme urétéral nécessite un milieu vésical clair. » Sans doute, mais j'ajoute que grâce au tube d'irrigation dont mon cystoscope est pourvu, les cas dans lesquels on ne peut avoir un milieu vésical assez clair sont absolument exceptionnels.

Parfois enfin, dit M. Hartmann, on voit l'uretère, mais la sonde passe sur l'orifice sans pouvoir s'y engager. Dans une vessie moyenne cela ne peut arriver que si les orifices urétéraux sont anormalement rapprochés du col de la vessie, disposition extrêmement rare.

En réalité, lorsqu'on sait le faire, le cathétérisme urétéral peut être employé dans l'immense majorité des cas.

En deuxième lieu, nous dit notre collègue, il est fréquent d'observer, le soir d'un cathétérisme, une ascension de température.

Ayant fait beaucoup de cathétérismes urétéraux, je puis affirmer que l'élévation de température après le sondage des uretères est rare. De semblables accès peuvent se voir avec toutes sortes d'explorations vésicales, notamment après la cystoscopie simple. M. Bazy nous disait tout à l'heure avoir observé le même phénomène avec l'appareil de M. Luys.

Revenant sur une cause d'erreur que j'ai signalée dès mes premiers travaux, M. Hartmann nous dit que l'urine peut filtrer entre les parois de la sonde et l'uretère et se mélanger dans la vessie avec l'urine de l'autre rein. J'ai indiqué comment on évite cette cause d'erreur en plaçant bien une sonde assez grosse (n° 7 en moyenne). J'ajoute que dans ma pratique je n'ai pas cette cause d'erreur, et que, en tout cas, l'urine qui s'écoule de la sonde mise dans un uretère provient bien du rein correspondant; il y a là un degré de certitude que les autres procédés ne peuvent atteindre.

Enfin, dernier inconvénient, le cathétérisme urétéral nécessite une éducation spéciale. En réalité c'est là le principal grief qu'on puisse lui adresser : l'apprentissage n'est pas très difficile, mais il faut le faire, et on se perfectionne ensuite lentement, comme dans tous les moyens d'exploration clinique. Je remarquerai ici que, en dehors de son utilité pour recueillir séparément les urines des deux reins, le cathétérisme urétéral permet le diagnostic d'un certain nombre de lésions urétérales et peut présenter des avantages thérapeutiques. A ces différents titres il mérite d'être appris.

J'en arrive aux séparateurs des urines. D'une manière générale on peut dire que, lorsqu'on se propose de recueillir séparément les urines des deux reins, il vaut mieux, si on le peut, les séparer dans la vessie que de les aller puiser directement dans les reins; de même, pour examiner les urines globales, mieux vaut faire uriner le malade que de le sonder. Mais il est, à mon avis, trop tôt pour comparer entre eux les différents diviseurs des urines, et pour les mettre en parallèle avec le cathétérisme urétéral.

Loin d'être hostile aux diviseurs des urines, je trouve le principe de ces instruments très intéressant, et, comme mes premiers essais sont très encourageants, je me propose de poursuivre mes études. Pour le moment je ne puis que vous dire, à titre de documents, ce que j'ai vu.

On emploie aujourd'hui deux diviseurs, celui de Harris, modifié par Downes et Nicolich, et celui de Luys.

M. Hartmann n'a pas été très satisfait de l'appareil de Harris.

Voici cet appareil, dont le mécanisme, à mon avis, doit être compris d'une manière différente de celle que nous a exposée notre collègue. Le levier qu'on introduit dans le rectum ou dans le vagin n'est pas destiné à « soulever la paroi inférieure de la vessie en forme de toit », ce levier ne fait que soutenir la paroi postérieure de la vessie, et la cloison ne se forme que lorsqu'on descend de chaque côté une des deux sondes articulées ; ces sondes dépriment activement la vessie, dont la partie médiane se trouve soutenue par le levier rectal.

L'appareil de Harris modifié m'a donné quelques résultats concluants, les deux urines étant bien séparées. Mais l'instrument présente des inconvénients. En premier lieu, l'insécurité du résultat : lorsque les deux urines ne sont pas très différentes l'une de l'autre, on n'est pas sûr de les avoir bien séparées. Un résultat positif est concluant, un résultat négatif ne l'est pas absolument. Un autre inconvénient de cet appareil est qu'il ne peut être employé que dans de bonnes vessies ; une cystite légère rend son application très douloureuse, et expose au pincement de la vessie lorsque, pour le sortir, on relève les branches de l'instrument.

Je n'ai encore qu'une expérience très limitée de l'appareil de M. Luys, que je n'ai pu employer que six fois, dont deux fois chez l'homme et quatre fois chez la femme.

L'appareil de M. Luys peut donner une bonne séparation des urines des deux reins, mais il présente, lui aussi, quelques inconvénients.

Laissant de côté les cas de cystite intense dans lesquels aucun moyen ne permet d'étudier les urines des deux reins, il faut dire que l'appareil de Luys peut être difficilement applicable dans bon nombre des vessies légèrement malades que nous observons habituellement : il détermine facilement dans ces cas du saignement et des douleurs très vives. Même dans de bonnes vessies, l'application de l'appareil est parfois douloureuse. Pour bien manœuvrer l'appareil, il faut une grande capacité vésicale : le diamètre antéro-postérieur qu'il exige est au moins de 8 centimètres ; si on n'arrive pas à ce diamètre, lorsqu'on ouvre la membrane on dilate en même temps douloureusement le col de la vessie avec la chaîne qui se tend. Les contractions vésicales tendent aussi à repousser vers le col le bord de la faucille, ce qui détermine des douleurs et du saignement. Je signalerai aussi l'inconvénient d'avoir à soutenir, pendant un temps moyen d'une demi-heure, l'appareil en place avec la main, et la nécessité, dans certains cas au moins, de faire simultanément le toucher rectal pendant toute la durée de l'application de l'appareil. Enfin, un de mes cas démontre qu'on peut commettre des erreurs.

Voici mes quelques cas personnels :

Mon premier malade est un homme atteint d'hématurie d'origine douteuse que j'ai examiné avec M. Luys, notre confrère ayant bien voulu, très aimablement, venir lui-même m'instruire sur sa technique. L'appareil détermina des douleurs assez vives et un saignement assez notable ; il ne nous donna pas de résultat. Je dois ajouter que, chez ce malade, la prostate était légèrement développée, et que nous n'avons pas pris la précaution, indiquée depuis, d'introduire le doigt dans la vessie pour mieux appliquer la paroi vésicale contre la cloison.

Le deuxième homme examiné a une bonne vessie de 200 gr. de capacité, il est atteint de pyonéphrose droite. L'appareil a déterminé des douleurs assez vives. Dans un temps approximatif de vingt minutes, j'ai recueilli, à droite, 18 centimètres cubes d'urine contenant 17 centigrammes d'urée ; à gauche, 2 centimètres cubes contenant 10 milligrammes d'urée. Au point de vue histologique, les deux urines contiennent des leucocytes et des hématies. Il est évident que, dans ce cas, il y a eu erreur, puisque c'est le rein droit malade, qui, d'après les résultats du diviseur, serait de beaucoup le meilleur. Je ne sais à quoi attribuer ce résultat.

La première des femmes, que j'examinai avec M. Luys, avait une tuberculose du rein droit avec une capacité vésicale de 100 grammes. Par le cathétérisme urétéral, j'avais déterminé que le rein droit ne sécrétait qu'une petite quantité d'urine très purulente, tandis que le rein gauche fonctionnait normalement. Le diviseur de Luys donna : à droite, pas de liquide ; à gauche, urine très sanglante, mais ayant une bonne composition chimique. Le sang devait être attribué à la manœuvre de l'appareil, qui détermina de vives douleurs. Dans ce cas, quoique avec une moins grande précision que le cathétérisme urétéral, le diviseur donna un bon résultat lorsqu'on l'interprétait bien. J'opérai cette malade, qui guérit rapidement.

Ma seconde malade est atteinte, elle aussi, de tuberculose rénale, mais les lésions, ainsi que me l'avait montré le cathétérisme urétéral, sont doubles. J'appliquai le diviseur, et, abstraction faite du saignement déterminé par l'application de l'appareil, j'obtins deux urines donnant à l'analyse des résultats analogues à ceux que m'avait fournis le cathétérisme urétéral. Chez cette malade, la vessie est en bon état et l'examen, quoique assez douloureux, le fut moins que chez la première.

Dans mon troisième cas, il s'agissait d'une pyonéphrose avec cystite : capacité vésicale = 60 grammes. La douleur était trop vive et je dus renoncer à appliquer le diviseur.

Ma quatrième malade, enfin, est une tuberculeuse ayant une vessie dont la capacité est de 150 grammes. J'appliquai le diviseur sans aspiration, et malgré cela j'obtins des deux côtés des urines sanglantes. Je divisai les deux urines recueillies de chaque côté en trois portions, de manière à examiner comparativement les urines émises par chaque rein dans les premières, secondes et troisièmes dix minutes. Les quantités recueillies furent trop petites pour me permettre, dans chaque échantillon, l'examen chimique : je dus me contenter d'examiner au microscope chacune des six urines, et de réunir toutes celles du rein droit et du rein gauche pour l'examen chimique. L'examen microscopique des urines recueillies dans les premières vingt minutes ne montra pas de différence des deux côtés. Dans les derniers échantillons on voyait, à droite, avec le sang, beaucoup de leucocytes, tandis que l'urine gauche, sanglante elle aussi, contenait peu de leucocytes. L'analyse chimique donna une grande différence dans la teneur en urée du rein gauche. Chez cette malade, la séparation des deux urines n'a peut-être pas été parfaite, mais elle a été suffisante.

En résumé, sur six cas dans lesquels j'ai employé l'appareil de M. Luys, il en est deux qui ne m'ont pas donné de résultat, un dans lequel le résultat est erroné, et trois dans lesquels les urines des deux reins ont été bien séparées ; trois bons cas, à condition de bien interpréter les résultats.

Ces premiers essais me paraissent très encourageants et confirment ce que nous a dit notre collègue Hartmann : l'appareil de Luys peut permettre, comme celui de Harris, de recueillir séparément les urines des deux reins, mais je ne porterai pas un jugement sans m'être mieux documenté. Je ne saurais dire aujourd'hui si tel ou tel moyen de séparer les urines des deux reins doit être employé à l'exclusion des autres, ou si chacun présente des avantages particuliers dans des cas différents. L'expérience seule apprend ces nuances, mais on ne peut l'acquérir qu'avec le temps

M. Hartmann. — Comme ceux de nos collègues qui ont bien voulu expérimenter le séparateur de Luys, je pense que l'appareil n'est pas encore parfait et que le modèle que j'ai présenté ne peut être regardé comme un modèle définitif. J'ai simplement dit, et je l'ai, je crois, établi, que dans un certain nombre de cas, avec cet appareil extrêmement simple, on pouvait arriver à séparer l'urine des deux reins. Je vous ai même ajouté que M. Luys était en train de perfectionner son appareil. La critique de M. Albarran sur la longueur trop grande de la cloison qui, repoussée quelquefois contre le col, l'entr'ouvre douloureusement, est une critique

absolument justifiée. Nous avions fait la même observation, et, la semaine dernière, je possédais déjà un nouvel appareil de Luys modifié, applicable aux urètres féminins, et dont la cloison ne mesure que 4 centimètres de longueur au lieu de 8 ; mais je ne voulais pas le montrer avant de l'avoir appliqué. Je l'ai expérimenté, il fonctionne très bien et peut même être laissé à demeure. La petite critique de M. Albarran, très justifiée pour l'ancien appareil, tombe donc devant le nouveau que je vous présente en ce moment. Certes, tous les termes du problème ne sont pas encore définitivement résolus, mais, tel qu'il est, le séparateur de Luys nous paraît rendre des services plus grands que ne le feraient supposer les conclusions de M. Albarran.

Je laisse de côté les observations très concluantes que je vous ai présentées et je reprends les six que vient de nous apporter M. Albarran. Dans trois, le séparateur a donné un bon résultat. Ces



Séparateur Luys pour la femme.

trois cas plaident en faveur de l'utilité du séparateur Luys. Les trois autres cas ont-ils une valeur quelconque au point de vue de l'inefficacité de ce séparateur? Je vous demande la permission de les analyser.

Dans un d'entre eux la capacité vésicale n'était que de 60 grammes ; le séparateur ne pouvait donc être employé ; je vous ai dit qu'il ne convenait pas aux vessies intolérantes ; mais je vous ferai observer que, dans un pareil cas, le cathétérisme de l'uretère était de même impossible, et que les deux méthodes étaient inapplicables.

Dans le deuxième cas, il y a eu mélange des urines, mais le cas est sans valeur. Il s'agissait d'un homme ; peut-être y avait-il formation d'un petit cul-de-sac rétro-prostatique, analogue à celui que nous avons constaté chez un de nos malades où la séparation n'est devenue parfaite qu'une fois la vessie soulevée par le doigt rectal. Ce qui a été défectueux, ce n'est pas l'appareil, c'est son mode d'emploi. Des six cas apportés par M. Albarran, il n'en reste donc qu'un où le séparateur Luys peut au premier abord sembler en défaut, mais j'avoue que pour ce cas je ne comprends rien à l'argumentation de notre collègue.

Si j'ai bien entendu, après application du séparateur, on a

recueilli du côté malade 18 centimètres cubes d'urine contenant 0,17 centigramme d'urée, du côté sain 2 centimètres cubes d'urine contenant 0,01 centigramme d'urée. M. Albarran en conclut qu'il n'y a pas eu séparation des urines. Je ne comprends pas. Ce qui importe, c'est non la quantité des urines recueillies, mais la proportion centésimale de l'urée; un rein malade donne, nous le savons tous, une urine abondante, plus abondante que normalement, mais plus pâle, moins riche en matériaux fixes et particulièrement en urée. Je ne m'explique pas les résultats obtenus; mais en tout cas la séparation a été effectuée, quoi qu'en dise M. Albarran, puisque la composition chimique de l'urine des deux côtés est absolument différente.

M. Albarran s'est élevé contre les assertions que j'ai produites devant vous au cours de la dernière séance.

Il nous a dit que, grâce au système irrigateur de son cystoscope, il n'y avait plus de milieu vésical trouble, c'est peut-être un peu exagéré; il nous a ajouté que les cas où la sonde glisse sur l'orifice urétéral sans pouvoir y pénétrer sont extrêmement rares et correspondent à des dispositions anatomiques exceptionnelles, à des uretères s'ouvrant très près du col vésical.

Je ne vous parlerai pas de mon expérience personnelle, elle est très minime et par suite sans grande valeur, je vous dirai simplement qu'il y a deux mois, ayant à opérer un malade dont la vessie était tolérante et les urines absolument claires, j'ai prié M. Pasteau de faire le cathétérisme. M. Pasteau, qui a une grande expérience de ce cathétérisme (en 1898, il en avait déjà publié 140 cas), n'a pu introduire de sonde dans l'uretère et m'a dit qu'il n'y avait pas lieu d'insister, qu'il connaissait très bien ces cas, correspondant à une saillie anormale du col, telle que la sonde passe sur l'orifice urétéral sans pouvoir y pénétrer; tant que la saillie du col persiste, le cathétérisme est impossible.

D'après M. Albarran, les élévations de température consécutives au cathétérisme de l'uretère seraient exceptionnelles. Il faut croire que j'ai joué de malheur, car je les ai fréquemment observées.

Dans le seul cas où j'ai vu M. Albarran faire le cathétérisme urétéral, il y a eu, du reste, six heures après, un frisson; le lendemain, le malade a encore eu 38°9 le matin et 39 degrés le soir. Je crois donc devoir maintenir ce que j'ai dit.

M. Albarran s'élève enfin contre mon assertion que le cathétérisme urétéral peut induire en erreur, et me fait très justement observer que la sonde ne ramène que l'urine du rein cathétérisé. Cette dernière remarque est vraie. Et cependant le cathétérisme peut induire en erreur. Je n'en veux pour preuve que la communication de Nicolich au dernier congrès d'urologie. Chez un ma-

lade, la séparation des urines avait montré une absence de fonctionnement du rein gauche, une urine trouble à droite. Nicolich fit ensuite le cathétérisme de l'uretère droit et recueillit par la sonde urétérale de l'urine purulente, alors que la sonde vésicale ramenait de l'urine purulente et hémorragique. Il en conclut que le séparateur l'avait trompé. La suite des événements montra, au contraire, que les résultats exacts étaient ceux donnés par la séparation intra-vésicale, et qu'au contraire ceux du cathétérisme étaient faux, un peu de liquide ayant filtré entre les parois de la sonde et celles de l'uretère et étant venu se mélanger à du sang provenant des manœuvres cystoscopiques.

Je crois donc que le cathétérisme urétéral, tout comme la séparation vésicale des urines, peut, dans quelques cas, faire faire des erreurs; qu'il y a, à cet égard, parité entre les deux méthodes. Comme l'une est difficile, nécessite un long apprentissage et est plus dangereuse que l'autre, je crois qu'il n'y a pas d'hésitation à avoir et que l'on peut regarder la séparation intra-vésicale des urines comme une méthode diagnostique supérieure au cathétérisme urétéral.

M. Albarran. — M. Hartmann s'étonne de ce que, en parlant d'un de mes malades, j'ai dit qu'un des reins donna 18 centimètres cubes d'urine contenant 17 centigrammes d'urée, tandis que l'autre ne donna que 2 centimètres cubes en contenant 10 milligrammes. D'après lui, la seule chose qui importe, au su de tout le monde, c'est la quantité d'urée par rapport au litre. Je ferai observer que cette appréciation est basée sur une erreur physiologique. Lorsqu'on étudie, à l'état normal, la sécrétion comparée et simultanée des deux reins, on peut observer, dans le même temps, une différence notable dans la proportion de sels par rapport au litre contenue dans l'urine des deux reins, sans que pourtant il y ait de différence dans la valeur fonctionnelle des deux organes. Le rein droit donnera par exemple 100 centimètres cubes d'urine contenant 10 grammes d'urée au litre et pendant le même temps le rein gauche sécrétera 125 centimètres cubes d'urine n'ayant que 8 grammes d'urée par litre : si on juge de la valeur fonctionnelle des deux reins d'après la teneur en urée par rapport au litre, on trouvera une notable différence dans les deux reins; si on regarde la quantité d'urée sécrétée par chacun des reins dans le même espace de temps, on la trouvera égale. De même à l'état pathologique, contrairement à ce que pense M. Hartmann, il ne suffit pas de savoir la proportion des sels par rapport au litre, mais il est nécessaire de tenir compte, en même temps, de la quantité de liquide sécrétée par chacun des reins dans un temps donné.

En ce qui regarde les accès de fièvre que M. Hartmann a observés après les cathétérismes urétéraux qu'il a vus, je ne puis que constater qu'il a vu une série peu heureuse, dont j'ignore le nombre. C'est un accident rare, et j'en appelle au témoignage de ceux parmi nos collègues qui ont fait eux-mêmes le cathétérisme urétéral ou qui l'ont vu faire chez leurs malades par mes élèves ou par moi-même. Le malade que j'ai cathétérisé moi-même et dont M. Hartmann a parlé était un tuberculeux examiné en ville, que je n'ai pas revu après le cathétérisme urétéral pratiqué du côté du rein malade, chez qui je n'ai même pas retiré la sonde que j'avais mise en place. Mais je sais que ce malade a été opéré peu après avec succès par M. Hartmann lorsque, par le cathétérisme urétéral, on avait déterminé avec certitude l'intégrité de l'autre rein.

Je pense enfin que la disposition anormale de l'uretère empêchant le cathétérisme, rencontrée dans le cas de M. Hartmann, est d'une exceptionnelle rareté.

M. Bazy. — Je suis étonné de voir appliquer le cathétérisme de l'uretère pour des cas où l'on a fait le diagnostic de pyonéphrose. Le meilleur moyen, quand on a fait ce diagnostic, de savoir si l'autre rein est sain, c'est de faire une piqûre de bleu de méthylène. Si la réponse est favorable, c'est que le rein est sain.

Rapport.

Un cas de typhlite herniaire, par M. Estienny.

Rapport par M. CHAPUT.

Le 11 septembre 1898, M. Estienny était appelé auprès d'un cocher âgé de cinquante-huit ans, qui présentait dans la région inguino-scrotale droite une énorme tumeur herniaire, mate, tendue, douleureuse, recouverte d'une peau injectée, irréductible; le ventre était tendu et douloureux, le facies grippé, le pouls à 120. Le malade avait subi la veille une tentative de taxis énergique et prolongé, sans résultat d'ailleurs.

La hernie datait de trente années, le malade portait un bandage qui paraissait maintenir habituellement l'intestin.

Un mois avant, le malade avait eu des coliques, de la diarrhée et de l'inappétence pendant quatre à cinq jours, en même temps que sa hernie devenait volumineuse et difficilement réductible. Elle était restée telle pendant plusieurs jours, puis elle avait doublé de volume, était devenue douloureuse; en même temps, la diarrhée reparaissait, avec de l'inappétence et des frissons.

Le 9 septembre, le ventre s'était ballonné ; cependant le malade allait toujours à la selle en diarrhée, et le 10 septembre, avant sa séance de taxis, il y était encore allé.

En présence de ces accidents, M. Estienny diagnostiqua une inflammation herniaire, et procéda immédiatement à l'opération. Au cours de celle-ci, il ne rencontra pas de sac herniaire, et incisa le cæcum ; il reconnut son erreur, et ferma par des sutures.

Il trouva ensuite un testicule énorme, contenant plusieurs kystes ; il en fit l'ablation.

Il n'eut pas à faire de débridement ni sur l'anneau, ni sur le collet ; ce dernier n'existait pas, il y avait seulement en avant et en dedans du cæcum un sac incomplet. Pendant les manœuvres d'isolement du cæcum, celui-ci se déchira à plusieurs reprises, laissant échapper de l'épaisseur de ses parois un liquide séro-purulent. Ces déchirures furent suturées immédiatement.

L'appendice, reconnu sain, fut réséqué.

Le cæcum fut réduit dans la fosse iliaque, et la paroi fut suturée hermétiquement à la soie et au crin de Florence. Ultérieurement il y eut une infection de la plaie, et M. Estienny la débrida pour évacuer le pus ; il fit ensuite des lavages à l'eau bouillie, avec une canule de Lavaux. Au bout de deux mois la plaie était guérie, et peu après le malade reprenait son métier, avec une légère récidive de la hernie.

En résumé, il s'agit d'une hernie inguinale ancienne habituellement réduite ; un mois auparavant sont survenues des douleurs avec irréductibilité, diarrhée, fièvre, frissons.

La veille, taxis énergique et impuissant.

Le 11 septembre, M. Estienny l'opère ; il ouvre par mégarde le cæcum, dépourvu de sac herniaire. Les parois cæcales, friables et infiltrées de pus, se déchirent pendant les manœuvres de décollement. Pas d'étranglement vrai, pas de déchirement. Le testicule, volumineux et kystique, est enlevé, puis l'intestin est suturé et réduit, et le trajet herniaire suturé sans drainage, ainsi que la peau.

Suppuration consécutive abondante guérie au bout de deux mois ; bon résultat avec récidive légère de la hernie.

Je considérerai surtout trois points principaux dans cette observation : 1° les lésions testiculaires, 2° les incidents opératoires, 3° la pathogénie des accidents herniaires.

1° Sur le testicule, je serai bref ; cet organe était du volume du poing ; il présentait quatre kystes comme des noisettes dans le testicule lui-même, et un kyste comme un œuf de poule sur l'épididyme. En l'absence d'examen histologique, nous ne pouvons que signaler cette coexistence des trois raretés pathologiques dans

une même tumeur : testicule kystique, hernie du cæcum, accidents herniaires anormaux.

2° Les incidents opératoires sont très intéressants : M. Estienny raconte qu'il a pris le cæcum pour le sac, et l'a incisé ; c'est une erreur qu'ont commise les meilleurs chirurgiens, et il faut, pour être sûr de pouvoir toujours l'éviter, l'avoir commise ou vu commettre au moins une fois.

L'erreur pouvait cependant être évitée, car le cæcum était épais et tendu, et ces signes auraient pu suffire à éveiller les soupçons. En général, dans les hernies inguinales et volumineuses, le sac est mince, fluctuant : on n'a aucune hésitation. Toutes les fois qu'un sac se montre épais au pincement, il faut se méfier, et penser au cæcum, à l'S iliaque ou à la vessie ; le seul fait d'avoir soupçonné le danger suffit toujours à l'éviter.

Au cours de son intervention, M. Estienny constate que le cæcum est muni d'un sac incomplet siégeant en avant et en dedans ; ceci est dans la règle pour les hernies cæcales ; il note qu'en arrière la paroi cæcale est adhérente, infiltrée ; le décollement déchire à plusieurs reprises les parois intestinales, et ces déchirures laissent écouler du pus séreux provenant de la paroi intestinale elle-même. L'incision et les déchirures sont suturées avec des points séparés de Gussenbauer.

Malgré ces lésions, l'intestin est réduit, le testicule est enlevé ; on lie à la soie le cordon, et le sac herniaire incomplet ; la paroi est suturée à la soie, la peau est réunie sans drainage.

Ultérieurement, une forte suppuration s'établit ; cela n'a rien d'étonnant, puisque les tissus étaient infectés, puisque le champ opératoire avait été souillé de pus et de matières fécales. L'absence de drainage et l'introduction dans un milieu infecté de corps étrangers irrésorbables comme les soies, ont favorisé la suppuration.

Les accidents auraient été sans doute moins sérieux si l'on avait laissé la plaie ouverte et fait les ligatures au catgut.

Je ferai une dernière remarque sur les soins consécutifs, qui ont consisté en injection d'eau bouillie dans le foyer suppuré.

Les injections dans les foyers infectés sont abandonnées par la plupart des chirurgiens, et remplacées par des attouchements avec des tampons imbibés d'eau oxygénée.

3° La nature des accidents herniaires est intéressante à discuter :

Un premier point certain, c'est qu'il n'y avait pas d'étranglement, comme l'a constaté directement M. Estienny ; il n'y avait pas de constriction à l'anneau, et le débridement n'a pas été nécessaire.

Il ne s'agissait pas de péritonite herniaire, puisque le sac manquait en arrière, là où les lésions du cæcum étaient le plus marquées. Il n'y avait pas d'engouement, le cæcum n'étant pas distendu par les matières. On n'a pas constaté non plus de corps étranger arrêté dans le cæcum.

Il ne s'agit pas ici d'une appendicite développée dans une hernie, car l'appendice était long et souple; on l'a réséqué, il était parfaitement sain. Il me paraît difficile de soulever une objection tirée de l'absence d'examen histologique de l'appendice; je ne comprendrais pas pour ma part de grosses lésions du cæcum avec un appendice sain en apparence. Il ne peut être question non plus de typhlite essentielle évoluant sur un cæcum hernié; d'abord l'existence de la typhlite essentielle est fort problématique, en outre les lésions du cæcum étaient rigoureusement limitées à la portion herniée et n'envahissaient nullement les parties avoisinantes du gros intestin, comme cela se serait produit dans un cas de typhlite simple.

Par exclusion on en arrive à conclure qu'il s'agissait exclusivement d'accidents inflammatoires d'origine herniaire. — Le mécanisme de ces lésions paraît assez facile à comprendre : le cæcum, dépourvu de sac, privé de moyens de glissement, contusionné par le bandage, tiraillé par la toux, l'effort, était en outre gêné dans sa circulation par l'abaissement qu'il avait subi et par la légère constriction exercée au niveau de l'anneau. Il faut tenir compte aussi d'une particularité signalée dans l'observation : l'intestin grêle, au moment de s'aboucher dans le cæcum, l'abordait non pas horizontalement, mais verticalement: il en résultait une stagnation relative dans le cæcum.

Il est tout naturel que, sur ce cæcum privé de moyens de glissement, contusionné, à circulation sanguine gênée, à circulation fécale entravée, une inflammation de la muqueuse ait pu se développer et se propager aux autres tuniques. L'hypothèse d'une ulcération de la muqueuse est d'autant plus probable que le malade a présenté de la diarrhée et de la douleur pendant plusieurs semaines avant son opération; or on sait que les ulcérations intestinales donnent lieu précisément à ces mêmes symptômes.

L'observation de M. Estienny est particulièrement intéressante en ceci, qu'elle établit la réalité d'une complication admise par les anciens et niée par les modernes, l'inflammation herniaire. L'existence de cette inflammatiou ne modifie d'ailleurs en rien les règles opératoires, et les hernies enflammées doivent être opérées comme les autres, afin de combattre l'inflammation, d'évacuer le pus, de réduire l'intestin, et de guérir la hernie. Nous devons

tous nos remerciements à l'auteur pour nous avoir communiqué un fait rare et une observation riche en enseignements.

M. Broca. — Je dirai d'abord à M. Chaput que je n'ai jamais ouvert le cæcum et que cette éducation ne me paraît pas indispensable. D'autre part, je ne voudrais pas laisser passer sans protester l'observation que vient de nous résumer M. Chaput. Ouvrir le cæcum au bistouri, le déchirer en plusieurs points, réduire sans drainage un organe infecté, avoir enfin une récidive, tout cela ne me paraît pas particulièrement brillant. Si M. Chaput a voulu prouver qu'avec les moyens dont nous disposons on peut guérir d'une opération même mal exécutée, je veux bien m'associer à lui pour envoyer des remerciements à l'auteur.

M. Lucas-Championnière. — Je voudrais appuyer ce que vient de dire M. Broca, qu'il n'est pas nécessaire d'avoir ouvert un cæcum, en opérant une hernie étranglée, pour n'être plus exposé à l'ouvrir.

M. Chaput. — Quand on est prévenu par l'expérience personnelle, on est davantage à l'abri des surprises opératoires. C'est tout ce que j'ai voulu dire.

Présentations de malades.

Prolapsus complet du rectum guéri par la rectopexie.

M. Mignon. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, et qui est âgé de vingt et un ans, était atteint depuis son enfance d'un prolapsus du rectum.

A chaque effort de défécation, la tumeur sortait hors de l'anus. Elle se réduisait seule, ou devait être réduite avec les doigts. Pas de douleur, mais des suintements sanguins très fréquents.

Il existait en permanence une légère éversion de la muqueuse anale avec une petite masse hémorroïdaire postérieure. Le relâchement du sphincter externe était considérable; et l'anus béant admettait facilement trois doigts de front.

Quand le rectum était invaginé, le cylindre prolabé descendait à cinq centimètres au-dessous de l'anus, et l'exploration digitale permettait de constater que cette partie prolabée était entourée d'un cylindre externe ayant également cinq centimètres de hauteur.

Pas de sonorité ni de gargouillement laissant supposer l'existence d'une hydrocèle.

J'ai opéré le malade à la fin de janvier de cette année : je lui ai rétréci, raccourci et fixé le rectum, en suivant la méthode de M. Gérard Marchant et en m'inspirant de la technique de M. Pauchet, que M. Gérard Marchant nous a fait connaître dans son rapport du 11 avril 1900 (*Bull. Soc. Chir.*, p. 427).

J'ai fait une large excision des téguments du périnée postérieur; mais je n'ai pas touché au sphincter anal, qui avait une très belle apparence anatomique. Je l'ai seulement plicaturé, quand j'ai rapproché les lèvres de l'excision cutanée.

J'ai placé sur le rectum six fils transversaux de catgut, et les ai noués comme M. Pauchet. Mon assistant, qui avait le doigt dans l'intestin pour s'assurer que je n'en perforais pas les parois, a senti se rétrécir progressivement le calibre du rectum.

J'ai fixé l'intestin aux tissus fibreux péricoccygiens.

Aucun accident opératoire : la constipation n'a pu être maintenue que six jours.

Le résultat thérapeutique a été excellent. Le prolapsus ne s'est jamais reproduit, et la région présente aujourd'hui des caractères complètement opposés à ceux d'autrefois. L'anus est petit, et n'admet plus que l'index. Il n'y a plus d'éversion de la muqueuse, même pendant les efforts du malade.

En somme, traitement facile, simple et sûr.

Oblitération complète du cholédoque sans ictère. Cholécystite : extraction des calculs du cholédoque par refoulement dans la vésicule biliaire. Cholécystogastrostomie. Guérison.

M. Tuffier. — La malade que je vous présente est surtout intéressante par son histoire clinique, plus encore que par l'opération que j'ai pratiquée chez elle.

C'est une femme de quarante ans, qui, en janvier dernier, était entrée dans le service de mon collègue M. Troisier, à l'hôpital Beaujon, pour des douleurs dans la région de l'épigastre et de l'hypocondre droit, douleurs ayant débuté sous forme de crise très douloureuse, le 9 décembre précédent. Le 24 décembre, une deuxième crise s'était produite, et depuis ce moment la malade avait constamment souffert. Le 4 janvier, troisième crise, plus intense encore que les précédentes, avec vomissements verdâtres, et qui décide la malade à entrer à l'hôpital. Elle est soignée pendant un certain temps dans le service de M. Troisier, qui diagnostique des crises de colique hépatique avec décoloration complète

des matières stercorales. Notre collègue l'envoie dans mon service, une tuméfaction ayant apparu dans l'hypocondre droit.

L'examen de la malade, pratiqué au moment de son entrée, le 4 février, donne les résultats suivants :

Femme bien constituée, un peu amaigrie; température et pouls normaux. Peau sèche, mais sans la moindre trace d'ictère; il en est de même des muqueuses; quant aux conjonctives, elles sont à peine teintées, si peu qu'on n'oserait affirmer l'origine ictérique de cette coloration qui peut passer pour parfaitement normale. Par contre, les matières intestinales sont absolument décolorées; elles ne sont ni couleur mastic, ni grises comme nous avons l'habitude de les voir dans les obstructions des voies biliaires: elles sont *blanches*, blanches comme du plâtre. L'examen des urines est négatif, ainsi qu'on peut en juger par l'analyse ci-jointe :

Volume. . . .	630	Urée.	11,50	par litre.
Densité. . . .	1020	Acide urique .	0,40	par litre.
Réaction . . .	acide	Phosphates. .	0,40	par litre.
Couleur . . .	jaune rougeâtre	Chlorures . .	4,50	par litre.

Albumine	0,40 par litre.
Glucose	néant.
Bile	néant.

Quant à l'examen du sang, fait par M. Mocquin, voici ce qu'il donne :

Globules rouges	4.929.000
Richesse globulaire.	2.770.382
Valeur globulaire.	0,56
Globules blancs	7.233
Polynucléaires	43 p. 100
Grands mononucléaires opaques.	10 —
Grands mononucléaires clairs	23 —
Éosinophiles	24 —

La palpation de l'abdomen révèle la présence, dans l'hypocondre droit, le long du bord externe du muscle grand droit, au niveau de la vésicule biliaire, d'une tumeur du volume du poing, lisse, très régulière, à contour inférieur arrondi, mobile dans le sens transversal, obéissant aux mouvements du foie et de la respiration, et dont la matité se continue d'ailleurs sans ligne de démarcation avec la matité hépatique. Il n'y a pas de doute que cette tumeur, qui descend jusqu'au niveau de l'ombilic et qui est peu douloureuse à la palpation, ne soit développée aux dépens de la vésicule biliaire, et, malgré l'absence d'ictère, nous n'hésitons pas, M. Troisier et moi, à porter le diagnostic de cholélithiase

avec obturation des voies biliaires, probablement du cholédoque, et à conseiller l'opération.

Celle-ci est pratiquée le 6 février. Incision suivant le bord extrême du grand droit. Je tombe sur une vésicule distendue, adhérente à l'épiploon et à l'estomac, que je ponctionne et dont j'extrais 300 à 400 grammes environ d'une bile brunâtre, épaisse. La vésicule ne contient pas le moindre calcul. Par contre, l'exploration du cholédoque révèle la présence, au niveau de la tête du pancréas, d'une masse calculeuse que je parviens à refouler dans la vésicule et à extraire avec une pince. Cette masse, qui a le volume d'un œuf de pigeon, se montre formée de deux calculs biliaires accolés. Les calculs enlevés, une exploration complémentaire me montre autour du cholédoque, dans la tête du pancréas, l'existence d'une tumeur noueuse indurée assez large dont le diagnostic me laisse hésitant : je ne puis dire s'il s'agit là d'un noyau inflammatoire ou d'un noyau néoplasique. Je découvre d'ailleurs, en arrière du cholédoque, deux petits ganglions du volume d'un haricot. Quoi qu'il en soit, pour assurer d'une façon certaine l'écoulement ultérieur de la bile dans l'intestin, je pratique une cystogastrostomie suivant le procédé particulier que j'emploie pour la gastro-entérostomie, et que j'ai déjà décrit ici.

Drainage profond et fermeture du ventre à trois plans de sutures.

Suites opératoires. — Dès le lendemain de l'opération, les matières sont colorées ; en même temps, les téguments, les muqueuses et les conjonctives présentent une teinte ictérique légère, mais manifeste; on constate la présence de pigments biliaires dans l'urine :

Volume	165	Urée	12,17	par litre
Densité	1030	Acide urique .	0,60	par litre
Couleur	jaune rougeâtre	Phosphates . .	2,10	par litre
Réaction. . . .	alcaline	Chlorures. . .	4	par litre

Albumine 0,50
Glucose . . . . . . néant
Pigments biliaires.

Le second jour les signes d'ictère sont déjà moins manifestes. Le troisième jour ils ont disparu : la coloration des matières et de l'urine est normale ; la peau a une teinte mate, mais elle n'est plus jaune, les conjonctives sont pâles.

L'ablation des fils est faite le septième jour. Depuis, la malade va parfaitement bien et elle n'a jamais présenté le moindre trouble de ses fonctions hépatiques et digestives. La bouche cholécystogastrique fonctionne donc parfaitement bien. Une dernière analyse

d'urine, faite le 18 février dernier, douze jours après l'intervention, a donné les résultats suivants :

Volume	1650	Urée	9,60
Densité	1012	Acide urique	0,24
Réaction	neutre	Phosphates	0,95
Couleur	jaune	Chlorures.	4,50

Albumine	traces.
Glucose	néant.
Bile.	néant.

Telle est l'histoire de la malade que je vous présente aujourd'hui. Je reste assez perplexe pour vous expliquer ce phénomène curieux d'*obstruction complète des voies biliaires sans trace d'ictère.* Faut-il admettre dans ce cas le mécanisme étudié dans ces derniers temps par Gilbert et Castaigne, c'est-à-dire une inhibition réflexe du foie, ayant son point de départ dans la région du cholédoque obstruée par le calcul? Cette hypothèse est très séduisante : elle expliquerait à la fois la décoloration complète des matières et l'absence d'ictère, et, d'autre part, l'ictère léger observé après l'opération et qui serait dû à une surproduction brusque de bile après la levée de l'obstacle.

M. Michaux. — Je voudrais savoir si les parois du canal cholédoque étaient épaissies au niveau de son passage à travers la tête du pancréas ou bien au contraire en dehors.

M. Tuffier. — Tout ce que je puis dire, c'est que le calcul se trouvait situé dans le cholédoque, au-dessus de la tête du pancréas, et que c'est en ce point que j'ai senti, après avoir refoulé le calcul, une masse indurée engainant le cholédoque et qui tenait également à la glande.

M. Michaux. — Je crois que cette sensation d'épaississement constatée par M. Tuffier, et que j'ai éprouvée maintes fois dans mes opérations, est en rapport non avec une altération du canal cholédoque lui-même, mais avec la sclérose du pancréas, sans qu'on puisse penser qu'il s'agit de néoplasme. J'ai pu voir, dans des recherches anatomiques chez des vieillards à Ivry, qu'il existait très fréquemment de ces scléroses de la tête du pancréas, s'accompagnant aussi de ganglions situés derrière lui, et ces scléroses peuvent donner lieu à des rétrécissements du canal cholédoque.

M. Tuffier. — Je connais fort bien ces scléroses pancréatiques

dont parle M. Michaux; mais, dans le cas dont je viens de vous entretenir, les lésions, bien limitées, ne me semblaient pas devoir être rangées dans cette catégorie. Il s'agit plutôt, comme je l'ai dit, d'une péricholédocite développée autour du calcul, ou peut-être d'un noyau néoplasique.

Polypes de la trachée.

M. Sébileau présente un malade auquel il a enlevé des *polypes de la trachée.* — M. Walther, rapporteur.

Présentation de pièces.

Kystes dermoïdes des deux ovaires.

M. Potherat. — Dans la séance du 17 octobre 1900, je vous ai présenté deux *kystes dermoïdes* de deux ovaires différents enlevés à une même femme, qui se trouvait en même temps atteinte de cancer de l'intestin.

C'est encore un cas de kystes dermoïdes des deux ovaires que je vous rapporte aujourd'hui. La malade, que j'ai opérée ce matin même, est âgée de vingt-sept ans.

Elle s'était aperçue, il y a cinq à six mois seulement, que son ventre prenait du développement, et bien qu'elle continuât à avoir ses règles, elle se crut enceinte. Son médecin, tout d'abord, fut disposé à croire à une grossesse, puis, ayant eu des doutes, il m'adressa la malade il y a un mois. Je pus constater l'existence d'une tumeur arrondie hypogastrique, remontant jusqu'à l'ombilic, à la fois molle comme une tumeur liquide, et cependant peu fluctuante, facilement déplaçable dans le sens transversal. Cette tumeur faisait saillie à la fois dans le cul-de-sac antérieur et dans le cul-de-sac postérieur ; les mouvements qu'on lui imprimait se transmettaient à l'utérus. Si j'ajoute que les seins modérément tuméfiés laissent écouler du colostrum par pression, on comprendra que le diagnostic de grossesse ait pu être discuté. La malade affirme qu'elle sent remuer.

Mais considérant, d'une part, que les règles n'ont subi aucune modification dans leur abondance, leur durée et leur époque, que le col est ferme, que l'isthme est facilement perceptible, qu'on semble même sentir les ligaments utéro-sacrés à leur place nor-

male; que, d'autre part, l'auscultation ne révèle ni souffles, ni battements, qu'aucun mouvement actif n'est perceptible, j'élimine fermement le diagnostic de grossesse, et je porte celui de kyste ovarique, tordu sur son pédicule, et ayant secondairement contracté des adhérences avec l'utérus. Je conseille l'intervention.

La malade veut attendre encore, convaincue qu'elle est enceinte. Il y a quelques jours, elle revient me trouver, me demandant de l'opérer sans retard. Entre temps elle était allée consulter M. le professeur Pinard, qui lui avait remis la note suivante: « Tumeur de la région hypogastrique n'ayant pas les caractères de l'utérus gravide ; le col est ferme, il est impossible de dégager nettement le corps de l'utérus : l'auscultation est absolument négative. Je conseille de pratiquer l'anesthésie générale pour affirmer d'abord le diagnostic, et proposer une intervention nécessaire si, comme cela est probable, il n'y a pas grossesse ».

En somme, vous le voyez, cliniquement, le diagnostic était embarrassant. Il était cependant suffisamment précis pour justifier une intervention. Il aurait été complet si je m'étais remémoré cette sorte d'aphorisme gynécologique, dont j'ai bien des fois vérifié la justesse : quand on a affaire à une tumeur du bassin d'apparence liquide et d'un diagnostic difficile, c'est un kyste dermoïde.

C'était bien un kyste dermoïde de l'ovaire gauche tordu une fois sur son pédicule et adhérent sur toute sa périphérie, au péritoine pelvien, à l'utérus, aux anses intestinales et aux parois du bassin.

La tumeur enlevée, je cherchai les annexes du côté droit, et je trouvai, avec une troupe saine, un ovaire gros comme une forte mandarine; j'enlevai ces annexes du côté droit.

L'examen du kyste gauche montre une vaste poche irrégulière remplie d'un mastic sébacé au milieu duquel se trouvent de nombreux pelotons de cheveux longs, fins, soyeux et de couleur châtain clair, qui est celle des cheveux de la malade.

Ces cheveux sont libres.

En un point de la paroi, il existe, comme chez la malade dont je vous ai présenté la pièce dans la séance du 12 juin 1901, un épaississement charnu, couvert de poils courts et serrés, rappelant l'aspect d'un cuir chevelu de nouveau-né. Au milieu de cette masse charnue, se trouve une pièce osseuse informe mais très dure, d'un blanc éburnéen. Sur cette pièce osseuse était insérée une dent saine, très belle, du type des incisives.

La pièce du côté droit m'a montré une masse molle arrondie, ovoïde, grosse comme une très grosse noix, enfermée dans une poche lisse située près de la surface de l'ovaire. Cette masse,

d'apparence charnue, est à sa surface recouverte de poils adhérents, *noirs* (la malade est châtain clair). Cette masse s'énuclée facilement et complètement. J'insiste sur ce fait anatomique; car il montre que j'aurais pu enlever isolément cette masse par énucléation, et laisser les annexes en place. Ce détail a une importance que je n'ai pas besoin de signaler davantage; je ne l'oublierai pas à l'occasion. A la coupe elle présente, au centre, une cavité renfermant une matière d'apparence encéphaloïde, enfermée dans une paroi osseuse, continue. Je me propose de faire examiner complètement cette pièce.

Il s'agit bien d'un second kyste dermoïde chez une même femme. C'est là un fait rare, mais qui n'est pas exceptionnel, comme le montrent les statistiques que j'avais citées dans ma communication analogue du 17 octobre 1900. Mon collègue et ami Walther en rapporta ici un cas le 20 mars 1901, auquel M. Ricard, M. Schwartz, et mon maître M. Segond, ajoutèrent chacun un cas personnel. Le cas de M. Segond est même, en un point, absolument comparable au mien; les cheveux, *blonds* dans l'un des kystes, sont *noirs* dans l'autre.

Dans la même séance, Routier rapporte deux cas de kystes dermoïdes des deux ovaires.

Chez toutes ces malades, comme chez ma malade du mois d'octobre 1900, il y avait une ou plusieurs grossesses antérieures. C'est là le fait indéniable, mais l'explication en est bien difficile. Toutefois, M. Schwartz estime que la persistance d'une certaine quantité de tissu ovarien peut permettre la grossesse.

Ma malade actuelle a eu une grossesse il y a bientôt cinq ans. Elle a accouché d'un enfant à terme et bien portant aujourd'hui encore. Or, en examinant les pièces que je vous présente, il est impossible de trouver du tissu ovarien à gauche; mais à droite il existe une bonne quantité d'ovaire intact en apparence, et la trompe était saine.

En somme, le cas actuel présente des particularités intéressantes, et méritant de vous être rapportées.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 12 MARS 1902

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. FAURE et une lettre de M. LYOT qui demandent à être inscrits sur la liste des candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire de la Société.

3°. — Un travail de M. COVILLE (d'Orléans), intitulé : *Un cas de coxa vara de l'adolescence.* — Le travail de M. COVILLE est renvoyé à une commission dont M. KIRMISSON est nommé rapporteur.

4°. — Un travail de M. LYOT, intitulé : *Rupture spontanée de l'intestin grêle dans un cas d'occlusion par cancer du rectum.* — Le travail de M. LYOT est renvoyé à une commission dont M. ROCHARD est nommé rapporteur.

5°. — Un travail de M. Jean ROGER (d'Alexandrie) intitulé : *Déviation chirurgicale du sang de la veine porte dans un cas de cirrhose hypertrophique du foie d'origine cardiaque.* — Le travail de M. ROGER est renvoyé à une commission dont M. ROUTIER est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. TUFFIER dépose sur le bureau le rapport qu'il a été chargé de rédiger, lors de l'Exposition de 1900, sur le Musée rétrospectif de médecine et chirurgie (classe XVI).

A l'occasion du procès-verbal.

M. Roux (de Brignoles) envoie un travail intitulé :

Diverticule de l'extrémité inférieure du pharynx probablement congénital simulant un rétrécissement de l'œsophage (1).

Dans la séance du 26 février, M. Poirier, revenant sur l'observation de Souligoux rapportée la semaine précédente par M. Reynier « sur un cas de rétrécissement avec dilatation énorme de l'œsophage probablement d'origine congénitale », dit avec juste raison que pour éclaircir et étayer l'histoire fort embrouillée de la dilatation congénitale de l'œsophage, il est nécessaire d'apporter des documents précis. L'observation (2) suivante m'ayant paru intéressante à ce point de vue, je me permets de la présenter à la Société.

Le nommé G... (L...), calfat, âgé de soixante-quatre ans, entre dans mon service le 3 juillet 1901 pour un rétrécissement de l'œsophage. Aucun antécédent à signaler; plusieurs enfants bien portants; sa santé robuste lui a permis d'exercer sans fatigue jusqu'à l'âge de soixante ans sa pénible profession; pas de syphilis ni d'alcoolisme, un peu d'emphysème pulmonaire et un certain degré d'artério-sclérose. Bien que pâle, très amaigri et affaibli, ce malade n'a nullement l'aspect cachectique.

Les difficultés de la déglutition ont fait leur apparition, il y a trois ans environ, sans que je puisse obtenir aucun détail sur les phénomènes de début, cependant Guichard spécifie qu'il n'a jamais eu de trouble dans les fonctions digestives, il n'a aucun souvenir d'une ingestion de substance caustique, ni d'un traumatisme. La gêne dans la circulation des substances alimentaires a présenté une marche progressive et a rapidement atteint le degré actuel. Le malade n'éprouve aucune douleur de ce qu'il considère comme une infirmité; il se plaint surtout de son amaigrissement, de la décroissance de ses forces et de l'angoisse constante provoquée par une faim qu'il ne peut assouvir, malgré l'énorme quantité d'aliments iugérés. Torturé par la faim, il passe la journée entière et une partie de la nuit à manger, et à cet exercice incessant ses dents, comme celles du malade de Souligoux, se sont altérées, il les a perdues une à une, ce qui rend la mastication de

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

(2) Observation recueillie par M. Aubert, interne du service.

jour en jour plus pénible. Ce travail fatigant est du reste mal récompensé ; la faim, malgré tous les efforts, ne peut être calmée, car bien peu de ces aliments, mastiqués et dilués à l'extrême, arrivent jusqu'à l'estomac. Ils s'accumulent au contraire « au-dessous du gosier », et de temps en temps par un léger effort, ce malheureux rejette dans une cuvette qu'il garde devant lui tout ce qu'il vient de déglutir.

Je lui fais boire devant moi un verre de tisane qui me paraît descendre facilement, il me détrompe : il est là, me dit-il, montrant la région sus-sternale ; un second verre me permet de constater que la base du cou a augmenté de volume, la main perçoit une tumeur fluctuante; j'exerce une pression sur cette grosseur, le liquide ressort tel qu'il a été ingéré, et le cou a repris son aspect primitif. L'examen le plus minutieux ne me révèle l'existence d'aucune espèce de tumeur, d'aucun noyau anormal, pas d'adénopathie cervicale ou axillaire; la pression n'est douloureuse sur aucun point. L'expérience est renouvelée plusieurs fois et donne toujours des résultats identiques, la tuméfaction de la base du cou reparaît et subsiste jusqu'à ce qu'une nouvelle régurgitation vienne vider la poche. Parfois cependant, sans qu'on puisse se rendre compte sous quelle influence ce fait se produit, un bol alimentaire traverse la partie inférieure de l'œsophage et de là tombe dans l'estomac avec un bruit de glou-glou perceptible à distance. Le cathétérisme répété plusieurs fois donne des résultats constants; quel que soit l'instrument employé, on est toujours arrêté au même point, à 21 centimètres des arcades dentaires.

Malgré tous mes efforts, je ne pus poser un diagnostic exact, toutes les hypothèses me paraissant improbables, depuis celle d'un cancer jusqu'à celle d'un rétrécissement spasmodique; la seule que je n'examinai pas, et cela à cause de l'époque tardive de l'apparition de ces accidents, fut celle d'une dilatation diverticulaire congénitale. L'état d'affaissement du malade qui déclinait rapidement ne permettait pas de prolonger son examen.

Le 20 juillet, je fis une gastrostomie par le procédé de Fontan ; l'opération facile et rapide me donna une bouche stomacale continente; dès le lendemain, le malade ne souffrait plus de la faim et absorbait avec bonheur le lait qu'on lui faisait ingérer par une sonde introduite à chaque repas. L'alimentation fut progressivement accrue les jours suivants et Guichard reprenait des forces, quand il succomba subitement le 28. La mort, produite par une embolie, allait permettre d'examiner son œsophage, et voici les résultats de l'autopsie.

L'examen de la pièce montre que ce malade avait non un rétrécissement de l'œsophage, mais un diverticule postérieur dans

lequel pénétrait le cathéter et où s'accumulaient les aliments qui peu à peu distendaient la poche ouverte devant eux. En suivant de haut en bas la face postérieure du pharynx, on arrive, à la hauteur du bord supérieur du cartilage thyroïde, sur un orifice ovulaire dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, formant l'ouverture d'une dilatation en forme de bourse située en arrière de l'œsophage, entre lui et la colonne vertébrale. L'orifice d'entrée est très nettement circonscrit en haut et en arrière par un repli musculo-muqueux dont la saillie très marquée sur la ligne médiane s'atténue peu à peu en descendant sur les faces latérales; sur les côtés il n'y a pas de ligne de démarcation nette avec les faces latérales du pharynx : à la partie inférieure et médiane, au niveau du chaton du cricoïde, est une petite saillie en avant de laquelle se trouve l'ouverture de l'œsophage normale, arrondie, permettant l'introduction de l'extrémité de l'index.

La poche que nous avons vue s'étendre entre la colonne vertébrale et l'œsophage, a sur le cadavre une hauteur de 5 centimètres en l'état de vacuité, mais elle peut acquérir des dimensions doubles et triples même à cause de la facilité avec laquelle le fond se laisse déprimer par le doigt. Elle s'est développée non aux dépens de l'œsophage, mais à ceux de la partie inférieure du pharynx, car ses parois, assez minces à la partie postéro-inférieure, plus épaisses en haut, sont formées par la muqueuse et les constricteurs inférieur et moyen.

En somme, l'examen macroscopique expliquait les symptômes que présentait le malade : la poche diverticulaire, s'ouvrant au passage des aliments, se dilatait mécaniquement et, comprimant l'œsophage, barrait la route vers les voies digestives inférieures. Mais sous quelle influence s'est produit ce diverticule par propulsion, alors que rien ne rétrécissait l'œsophage? C'est ce qui me paraît inexplicable. La situation de l'orifice de la poche au niveau même de la partie laryngée du pharynx, et surtout cette disposition spéciale du repli musculo-muqueux saillant de la partie supérieure, sa constitution anatomique, m'ont fait croire que, malgré l'âge du malade, et l'absence de tout symptôme pendant de longues années, on peut voir là une manifestation d'un vice de développement du côté du sinus piriforme de His, opinion émise déjà dans des cas analogues à celui que je viens de relater.

Gastrostomie avec torsion des parois stomacales pour rétrécissement.

M. Poirier. — Les remarques que j'ai présentées à propos du rapport de Reynier sur une observation de Souligoux, intitulée : *Gastrostomie avec torsion des parois stomacales pour un rétrécissement, avec dilatation énorme de l'œsophage probablement d'origine congénitale*, n'ont point eu l'agrément de Reynier et de Guinard. J'avais dit que la lecture de l'observation paraissait prouver que la dilatation avait suivi le rétrécissement comme il arrive d'ordinaire, et qu'il fallait se garder de compliquer l'histoire déjà fort embrouillée de la dilatation congénitale par des observations pour le moins douteuses. Je vois par sa réponse que Reynier est presque de mon avis, puisqu'il reconnaît qu' « il est difficile de rien affirmer » et que « l'autopsie pourra peut-être nous permettre d'entrevoir la vérité ». Aussi bien, Reynier n'était point ferme dans sa première interprétation, puisqu'en un point de son observation il nous dit que ce n'est pas la dilatation, mais le *rétrécissement qui était probablement d'origine congénitale*. Telle est aussi l'opinion de Souligoux. Il n'est tel que de s'entendre.

Quant à la valeur du procédé, Reynier dit que je la conteste. Non, je ne la conteste point, puisque j'ai dit et écrit : le procédé est bon, il est bon au même titre que nombre d'autres procédés, etc., etc. Ce que je conteste, c'est l'incomparable supériorité que Reynier lui accorde sur les autres procédés, après l'avoir essayé dans un cas où il ne donna pas un résultat parfait, par la maladresse d'un infirmier.

Je continuerai d'attendre des preuves meilleures avant de renoncer aux procédés plus simples qui nous donnent à moins de frais des résultats très satisfaisants.

Reynier nous affirme que ceux d'entre nous qui ont recours à des procédés simples en sont très mécontents. Il se trompe : déjà Monod a protesté contre cette affirmation sans preuves. Schwartz, Tuffier, Routier, etc., etc., et votre serviteur, se déclarent très satisfaits des procédés simples, et les nombreux malades qu'ils ont présentés ici témoignent de l'excellence des résultats obtenus.

Guinard, de son côté, affirme que les remarques faites par M. Poirier ne sont pas exactes : le qualificatif est sévère ; si seulement il était juste.

Et Guinard prononce qu'il est impossible de trouver dans les procédés connus une opération plus « simple » et plus rapide. En quoi Guinard nous prouve seulement qu'il ne connaît pas les procédés dont il parle, puisque, aux temps connus des procédés les

plus simples, le procédé par torsion doit ajouter une première torsion suivie d'un surjet, et une deuxième torsion suivie d'un deuxième surjet. — Je vois bien où est l'inexactitude ; ce n'est pas de mon côté.

J'ai encore dit et je maintiens que lorsqu'on saisit l'estomac avec une pince, on ne prend que la tunique musculeuse. Guinard nous affirme qu'il prend toute l'épaisseur de la paroi, y compris la muqueuse, et qu'il ouvre l'estomac du premier coup, coupant les deux tuniques au ras de sa pince. Je crois que cette façon de procéder lui est toute personnelle et qu'en procédant ainsi il obtiendra un orifice bien large, alors que la condition de la continence des bouches stomacales est la petitesse de l'orifice muqueux, quel que soit le procédé employé. Cela a déjà été dit ici, notamment par le professeur Terrier.

M. Guinard. — Je ne peux que répondre ce que j'ai déjà dit : la muqueuse saisie avec les autres tuniques suit le mouvement de torsion. Quand on ponctionne le sommet du cône, on trouve la muqueuse accolée à la musculeuse ; elle est comme soufflée, comme refoulée de dedans en dehors par les tours de spire, et, d'un seul coup de bistouri, il se trouve qu'on a ouvert toutes les tuniques de l'estomac. C'est devant cette constatation sur mon dernier opéré que j'ai cru pouvoir dire : M. Poirier a tort de croire que la torsion ne porte pas sur la muqueuse.

M. Quénu. — Je ne partage pas le mépris de quelques-uns de nos collègues pour le procédé dit simple. J'ai présenté deux malades : un de soixante-dix ans qui pendant plus de douze mois a joui d'une continence parfaite.

L'autre, un enfant de cinq ans, n'a jamais présenté la moindre rougeur.

Il serait intéressant de savoir combien de temps ces torsions durent, s'il ne se fait pas dans la suite un travail de rectification du trajet. Il s'accomplit en tout cas un travail de rétraction dans le ventre. J'en ai eu la preuve frappante chez l'enfant que j'ai cité tout à l'heure ; après trois mois d'alimentation par la sonde, cet enfant avait pu avaler par l'œsophage des aliments liquides ; il sortit de mon service, et je le revis un an après : la bouche gastrique était oblitérée depuis cinq à six mois, mais depuis huit jours la déglutition était redevenue impossible ; je fus donc obligé de recourir à nouveau à la gastrostomie. Je constatai après l'ouverture du ventre que de la première gastrostomie il ne restait rien et que l'estomac n'était plus relié à la paroi que par une adhérence péritonéale filiforme.

M. SEGOND. — A l'appui de la valeur des procédés simples, qui sont, à mon avis, les meilleurs, je citerai un cas qui date de dix-huit ans et où la continence est parfaite et s'est maintenue parfaite depuis cette époque.

M. REYNIER. — Je ne veux poser qu'une simple question. Je n'ai jamais contesté les bons résultats obtenus par mes collègues. Je leur demanderai seulement de me dire s'ils n'ont jamais eu que de bons résultats.

A propos de la chloroformisation.

M. PICQUÉ. — J'étais absent à la dernière séance quand M. Mignon a présenté un cas de mort par chloroforme attribué par lui à l'hypertrophie du thymus. Je tiens à rappeler qu'il y a quelques années, je vous ai présenté un rapport sur un travail relatif à l'influence de l'hypertrophie du thymus dans la mort par chloroforme, travail que nous avait adressé le professeur Bayer, de Prague, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

Rapport.

Anesthésie chloroformique, par M. le Dr PAUL MOUGEOT (de Chaumont).

Rapport par M. C. WALTHER.

M. le Dr Mougeot (de Chaumont) a récemment envoyé à la Société de chirurgie une courte note sur les résultats de sa pratique personnelle de l'anesthésie chloroformique, note que vous m'avez chargé d'analyser.

Les résultats consignés dans ce travail sont excellents; sur plus de trois mille anesthésies pratiquées depuis le mois de juillet 1874, M. Mougeot n'a pas eu à déplorer un seul accident; il n'a même jamais été inquiété par une alerte sérieuse. Le chloroforme a été administré presque toujours, au moins dans toutes les grandes opérations, par le Dr Guillaume.

La technique employée « applique simplement, mais rigoureusement, le précepte universellement accepté de donner le chloroforme à doses *très faibles* et continues ».

« Nous nous servons, dit M. Mougeot, du masque de Guyon, recouvert d'une flanelle. Nous y laissons tomber une goutte de chloroforme *que nous faisons sentir* au malade en approchant doucement le masque. Puis une autre goutte tombe sur le masque appliqué sur la face, et ainsi de suite, en arrivant peu à peu à verser une goutte avant chaque inspiration quand le patient y est habitué. Nous laissons passer une ou deux inspirations à la moindre apparence d'étouffement. Du reste, l'accoutumance se fait vite, et les gouttes peuvent bientôt tomber régulièrement. » La dose de chloroforme est augmentée, trois ou quatre gouttes à la fois, pendant la période d'agitation, et alors le masque est recouvert d'une légère compresse.

M. Mougeot insiste sur l'absence de tout accident, de toute alerte; jamais il n'a dû prendre la langue avec une pince.

« J'ai donné, nous dit-il, d'après le même principe, rarement l'éther, et plus souvent le bromure d'éthyle, habituant rapidement les malades à respirer dans ce milieu avant d'inonder progressivement le masque recouvert aussitôt d'un mouchoir. »

Nous ne pouvons, je pense, que féliciter M. Mougeot des très bons résultats que lui a donnés une technique qui n'a rien de nouveau, comme il nous le dit lui-même, mais qui a été suivie avec une rigueur absolue et une très grande prudence.

Dans son travail, M. Mougeot ne fait aucune allusion aux accidents cardiaques de l'anesthésie qui sont l'objet de la discussion qui a fait naître dans notre Société l'observation de notre collègue M. Poirier. Mais puisque l'occasion m'est offerte par ce rapport de prendre part à cette discussion, je vous demanderai la permission de faire quelques très courtes observations sur cette question.

Je n'entends ici parler, bien entendu, que des seuls troubles cardio-vasculaires observés pendant l'anesthésie chloroformique.

Plusieurs de nos collègues ont très justement insisté sur l'état du malade avant la chloroformisation, sur les troubles que provoquent l'émotion, la terreur de l'anesthésie, etc., et M. Bazy nous a rappelé la si probante observation de Richet.

Les accidents d'origine cardiaque peuvent donc se produire soit avant même l'anesthésie, soit, le plus souvent, au début de l'anesthésie, après les premières bouffées de chloroforme, soit, rarement, à une période plus avancée.

Pour ce qui est des troubles cardio-vasculaires du début, il est reconnu par tous que l'impressionnabilité du sujet, la frayeur, jouent un rôle capital. En pareil cas, le pouls est souvent rapide, parfois faible, la face presque toujours très pâle avant l'anesthésie. Je crois qu'il y a danger à commencer l'anesthésie dans ces conditions, et qu'il est nécessaire non seulement de rassurer

le malade, mais de rétablir, dans une certaine mesure, l'équilibre circulatoire, en ramenant le sang à la face par de légères frictions. Je ne commence en pareil cas l'anesthésie que quand les joues sont recolorées. Nous observons en ce moment très fréquemment cette angoisse, cette terreur des malades ; et cela tient à la publicité des discussions actuelles sur la chloroformisation, dont on trouve l'écho pas seulement dans la presse scientifique.

Chez ces malades dont le système nerveux est si particulièrement ébranlé par l'émotion, les accidents cardio-vasculaires peuvent se produire non seulement au début, mais encore à une période plus avancée de l'anesthésie. J'ai vu, chez un homme fort intelligent et absolument terrorisé par la pensée de l'anesthésie, une syncope cardiaque se produire après un sommeil régulier d'une assez longue durée. Le pouls faiblit rapidement, le chloroforme fut enlevé, mais le pouls cessa de battre; après des frictions énergiques de la face et quelques mouvements de respiration artificielle, la circulation se rétablit. J'ai la conviction que si dans ce cas nous nous étions contentés de surveiller la respiration, nous aurions pu avoir une syncope mortelle.

La surveillance constante du pouls, avant et pendant toute la durée de la chloroformisation, m'a toujours semblé d'une importance capitale. Elle seule peut renseigner sur la façon dont le cœur supporte l'intoxication chloroformique. Les frictions de la face, maintenant toujours une légère coloration des téguments, semblent assurer la régularité du pouls, dont la tension, la fréquence, doivent être vérifiées sans interruption.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser des remerciements à M. Mougeot, et de conserver son travail dans nos archives

---

Communications.

Les fistules périnéo et recto-vaginales. Traitement par l'abaissement de la muqueuse rectale,

par M. GÉRARD MARCHANT.

La malade qui fait le sujet de cette communication est une jeune femme de vingt-deux ans, qui est entrée dans mon service pour une fistule recto-périnéale.

Cette fille, dès l'âge de seize ans, eut, à la suite d'une chute et d'un violent effort, une sorte de précipitation, de luxation utérine ; elle entra dans mon service de l'hôpital Tenon où, par une hystéropexie, je pus remédier à un prolapsus total de l'utérus; mais

cette fixation utérine ne corrigea pas la cystocèle et la rétrocèle, et elle dut, de ce chef, subir une *deuxième opération.*

Je n'ai aucun détail personnel sur cette opération, mais, d'après les circonstances racontées par la malade elle-même, je suppose qu'au cours de cette périnéorraphie un fil pénétra dans le rectum,

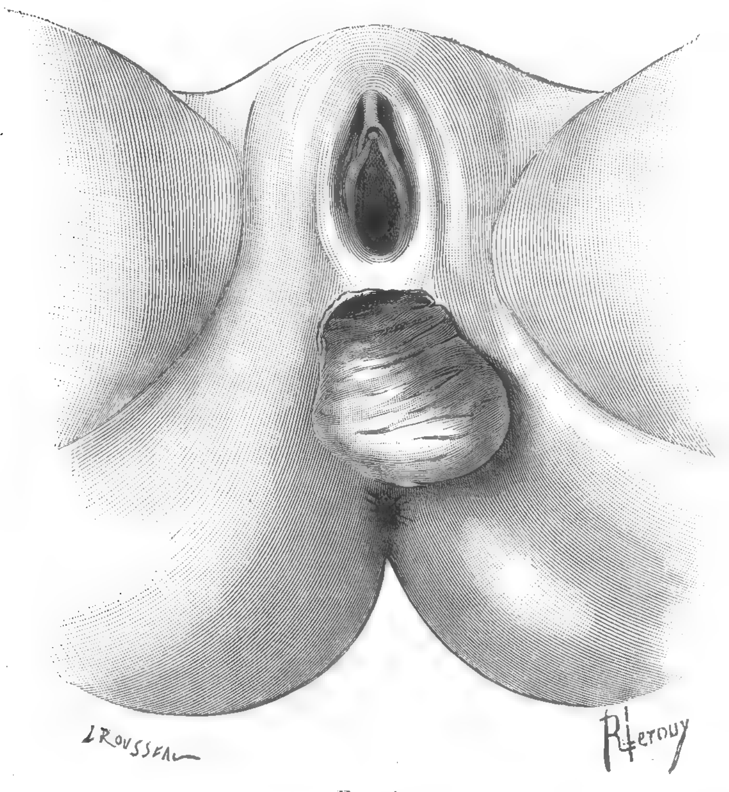


Fig. 1.

On aperçoit la muqueuse rectale faisant hernie à travers l'orifice fistuleux.

s'infecta et devint l'occasion de la fistule en présence de laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

Au-dessous de l'orifice très étroit de la vulve, on voit, au niveau de la région périnéale, une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, pendante devant le périnée. Elle est du volume du poing, et a tendance à s'accroître lorsque la malade pousse (fig. 1) (1).

(1) Je remercie mon jeune externe et ami M. Leroux du soin avec lequel il a reproduit les différents temps de l'opération, et M. Rousseau du talent avec lequel il a gravé ces dessins.

Elle est rouge, d'aspect muqueux, percée à son sommet d'un orifice par lequel le doigt introduit remonte jusque dans l'ampoule rectale. Inversement, le doigt introduit par l'anus et recourbé en crochet, s'engage dans le cylindre muqueux, et peut arriver à sortir par le sommet de la tumeur prolabée.

Cette tumeur est réductible dans l'intérieur du rectum. Lorsqu'elle est réduite, on voit à sa place une manière de puits creusé dans le périnée, à la jonction du périnée antérieur et du périnée postérieur. Cette excavation est creusée parallèlement au vagin, dont elle séparée par une cloison complète.

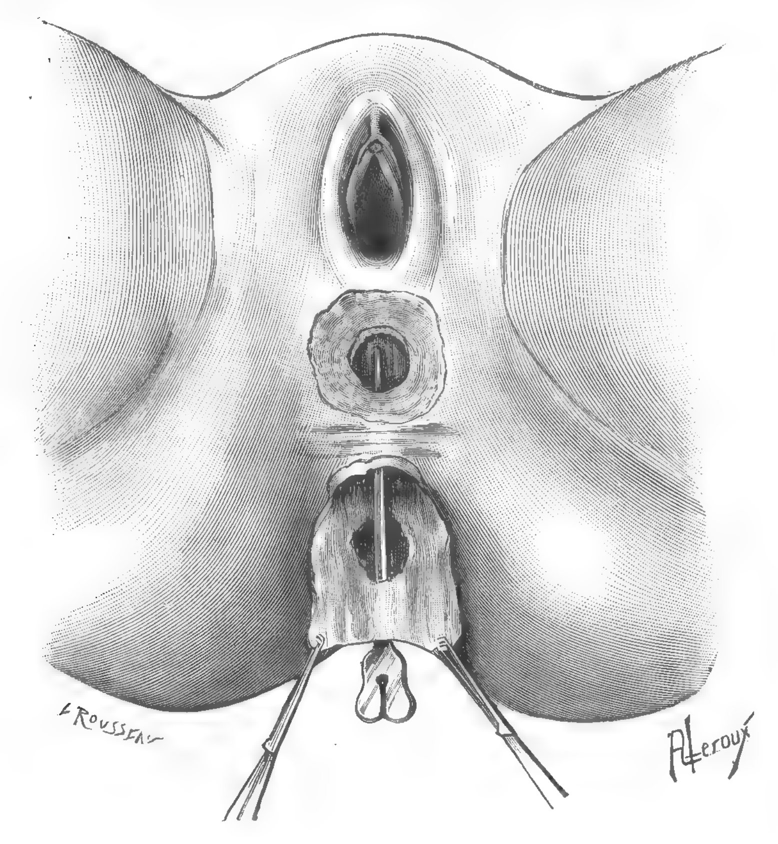


Fig. 2.

Le manchon muqueux a été libéré, abaissé. La sonde cannelée répond, par sa pointe, à la face cruentée du rideau muqueux ; elle traverse l'orifice fistuleux abaissé à travers l'anus par les pinces.

Sur la paroi postérieure de cette excavation, on voit une vaste perte de substance de la paroi antérieure du rectum, ayant les

dimensions d'une pièce de 5 francs. C'est par cet orifice que se fait la hernie de la muqueuse rectale chaque fois que la malade tousse.

Les matières passent constamment par cette fistule. Entre cet orifice fistuleux et l'orifice anal se trouve un pont de substance assez épais, correspondant au périnée postérieur et comprenant le sphincter anal, qui est intact.

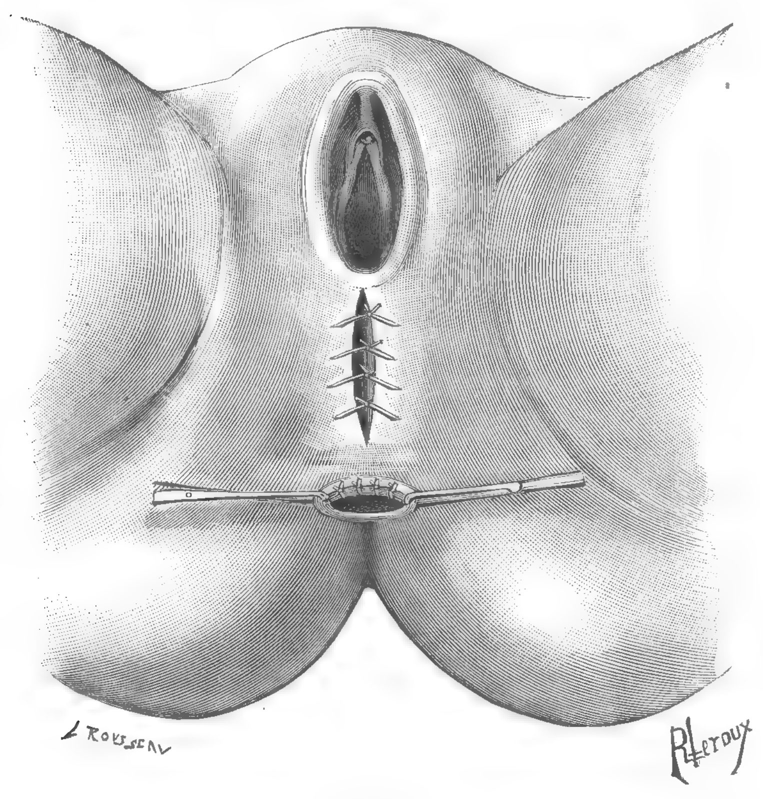


Fig. 3.

Au-devant du store muqueux abaissé, la peau a été réunie par quatre points de suture au crin de Florence, et, au niveau de l'anus évasé et entr'ouvert, on aperçoit la demi-circonférence antérieure des sutures muco-muqueuses.

Une première opération ayant échoué, j'ai adopté un nouveau plan d'intervention.

L'opération comprend les temps suivants :

1° Dilatation lente de l'anus avec le spéculum de Trétat. Éversion de l'anus avec des pinces à abaissement utérin;

2° Incision circulaire de la muqueuse anale ainsi extériorisée, à 1/2 centimètre environ au-dessus de l'anus;

3° Dissection du manchon muqueux en s'aidant du doigt et de l'extrémité mousse des ciseaux ;

4° Pour faciliter l'abaissement de ce manchon muqueux, on libère la muqueuse tout autour de la fistule périnéale ;

5° Il est alors facile de saisir avec des pinces (fig. 2) passées par l'anus l'extrémité inférieure de cette muqueuse, de l'abaisser, d'attirer au dehors l'orifice fistuleux, et, ayant sectionné cette muqueuse au-dessus de l'orifice, il reste un dernier temps à accomplir ;

6° La fixation de cette muqueuse abaissée à la petite collerette de muqueuse conservée dans la filière anale. Cette union est réalisée par des points de catgut (points en U) qui unissent et adossent les bords et surfaces cruentées de la section muqueuse.

Cet abaissement s'est fait simplement, facilement, et, les sutures exécutées, le cylindre muqueux supérieur n'est pas tendu et n'a aucune tendance à remonter.

L'orifice de la fistule est dès lors comblé par la face cruentée de la muqueuse, abaissée et fermée *à la façon d'un rideau* au devant de l'orifice fistuleux ; — pour assurer une occlusion plus complète, on suture la peau au crin de Florence après large avivement circulaire de l'orifice cutané (fig. 3).

Un gros drain entouré d'une mèche de gaze iodoformée est introduit dans la filière ano-rectale, pendant qu'un pansement à la gaze iodoformée est appliqué sur la suture, le tout maintenu au moyen d'un bandage en T.

L'opérée fut soumise à la diète lactée et constipée avec de l'extrait thébaïque (pilules de 0,01 centigramme prises à la dose de cinq à dix dans les vingt-quatre heures.)

La malade n'est pas gênée par les gaz, le tube en caoutchouc assurant leur émission, et ce n'est qu'au dixième jour que les fils de suture du périnée sont enlevés. La réunion est absolue ; d'ailleurs il n'y a aucune élévation de température.

Au seizième jour la malade est purgée, et, malgré une selle très abondante, la fistule ne laisse rien passer : il se fait à la surface une sorte d'exsudation séreuse, mais ce phénomène ne persiste pas !

La malade a quitté Boucicaut complètement guérie ; — le sphincter accomplit ses fonctions physiologiquement ; le périnée est solide, et la poussée la plus énergique ne fait pas bomber le périnée ; au contraire, l'orifice ancien de la fistule se déprime et diminue de plus en plus.

Le procédé que je viens de vous décrire n'est que la réminiscence de celui de Segond pour la cure *des fistules recto-vaginales par autoplastie et glissement du cylindre rectal, et de Delorme pour la cure du prolapsus du rectum.* A Segond, j'ai emprunté le méca-

nisme du store, et à Delorme l'étoffe du store, c'est-à-dire la muqueuse rectale.

Ce procédé est simple, d'une exécution facile ; à l'avenir de démontrer sa valeur curatrice dans le traitement compliqué, aléatoire des différentes fistules recto-vaginales.

Intervention chirurgicale directe dans un anévrysme de la crosse de l'aorte. Ligature du sac.

par M. TUFFIER.

Existe-t-il dans les anévrysmes de la crosse de l'aorte des variétés anatomiques très rares qui soient justiciables d'une intervention chirurgicale directe? Ces variétés anatomiques admises, la clinique peut-elle les reconnaître? Telles sont les deux questions que je vais examiner devant vous à l'occasion d'un cas d'anévrysme de ce genre que j'ai observé récemment et traité chirurgicalement.

Voici l'histoire de ma malade, qui comprendra deux parties : l'une clinique, l'autre opératoire. La première est, à mon avis, beaucoup plus importante que la seconde.

Une femme de quarante ans, sans antécédents héréditaires particuliers et n'ayant, comme antécédents personnels, qu'une variole à l'âge de sept ans, m'est adressée par M. Pozzi dans mon service de Beaujon, pour être soignée d'une petite tuméfaction pulsatile du thorax.

Réglée à l'âge de quinze ans, la malade n'a eu qu'un enfant, mort en bas âge à la suite d'une entérite. La syphilis conceptionnelle semble devoir être écartée, car le mari est très bien portant et n'a jamais présenté la moindre manifestation spécifique. Nous avons d'ailleurs recherché avec le plus grand soin la syphilis chez cette femme, sachant quel rôle capital cette infection joue dans l'étiologie des anévrysmes. Nous n'avons pu trouver aucun stigmate de cette syphilis, acquise ou héréditaire, et, malgré le concours de M. Milian, chef de clinique de M. Fournier, nous avons été obligés d'écarter ce facteur pathogénique. Nous n'avons pas moins soumis la malade à un traitement spécifique qui, comme nous le verrons, a été absolument inefficace.

Il y a six mois, la malade va consulter à l'Hôtel-Dieu, puis à la Salpêtrière, pour des *douleurs intercostales*. On diagnostique une névralgie intercostale et on lui ordonne des douches; elle continue pendant deux mois ce traitement, mais sans aucun ré-

sultat. Il y a quatre mois, elle constate l'existence, au niveau du troisième espace intercostal droit, d'une petite tumeur saillante qui grossit de jour en jour. Cette tumeur est assez douloureuse, même à une pression superficielle. Depuis l'apparition de cette tumeur, la malade souffre davantage, surtout dans le dos.

Lorsqu'elle se présente à ma consultation, le 5 novembre dernier, elle déclare que ces douleurs siègent en arrière, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite; ce sont des douleurs vives, survenant par crises, s'irradiant, en haut du côté de l'épaule droite, en avant du côté de la mamelle correspondante, et en bas sur le trajet du nerf cubital. Tout le membre supérieur droit est engourdi : la malade ne peut plus travailler; elle éprouve même une certaine difficulté à tenir une aiguille. La douleur n'est pas exagérée par la compression, ce dont on peut se convaincre en explorant les nerfs intercostaux et le nerf cubital. On constate, d'autre part, au niveau du troisième espace intercostal droit, immédiatement en dehors du bord droit du sternum, une saillie du volume d'un œuf de pigeon, à limites peu précises, qui se continue insensiblement avec les parties avoisinantes. La peau est normale à son niveau; pas de varicosités sous-cutanées. La palpation de cette tumeur est très douloureuse; la malade ne peut pas même supporter les frottements de sa chemise, et elle est obligée d'interposer entre cette dernière et la peau un carré de tissu de soie.

La tumeur est pulsatile : ses battements sont intermittents; ils ne sont pas isochrones avec les battements de la pointe du cœur; ils succèdent à la systole cardiaque. Les parois de la tumeur sont molles, souples; il est possible, par une pression douce et lente, de la réduire.En supprimant ensuite cette compression, on voit que la tumeur ne reprend que peu à peu et assez lentement son volume primitif, après deux ou trois pulsations. En délimitant la tumeur par la palpation, on s'aperçoit qu'elle est appliquée directement contre la face postérieure des deuxième et troisième cartilages costaux droits. La percussion donne une matité absolue qui se confond avec la matité cardiaque. L'auscultation fait percevoir un souffle unique siégeant au premier temps, avec un maximum d'intensité vers le bord droit du sternum. L'auscultation de l'orifice aortique ne révèle aucun signe d'insuffisance de cet orifice; la pointe du cœur bat un peu en dehors du mamelon. L'index, enfoncé derrière la fourchette sternale, ne perçoit pas la crosse aortique, qui a conservé sa situation, de même que le tronc brachio-céphalique artériel et la carotide gauche.

L'exploration du système artériel périphérique permet de constater, par l'examen comparatif du pouls radial droit et gauche,

que le droit a conservé son amplitude, mais que le pouls du côté gauche se trouve relativement affaibli. Leur synchronisme est parfait. Même constatation pour le pouls temporal. Au contraire, le pouls fémoral est le même des deux côtés. L'examen des deux artères sous-clavières ne donne aucun signe particulier. Aucune altération altération viscérale, aucune altération artérielle, aucun signe de compression des vaisseaux du hile pulmonaire.

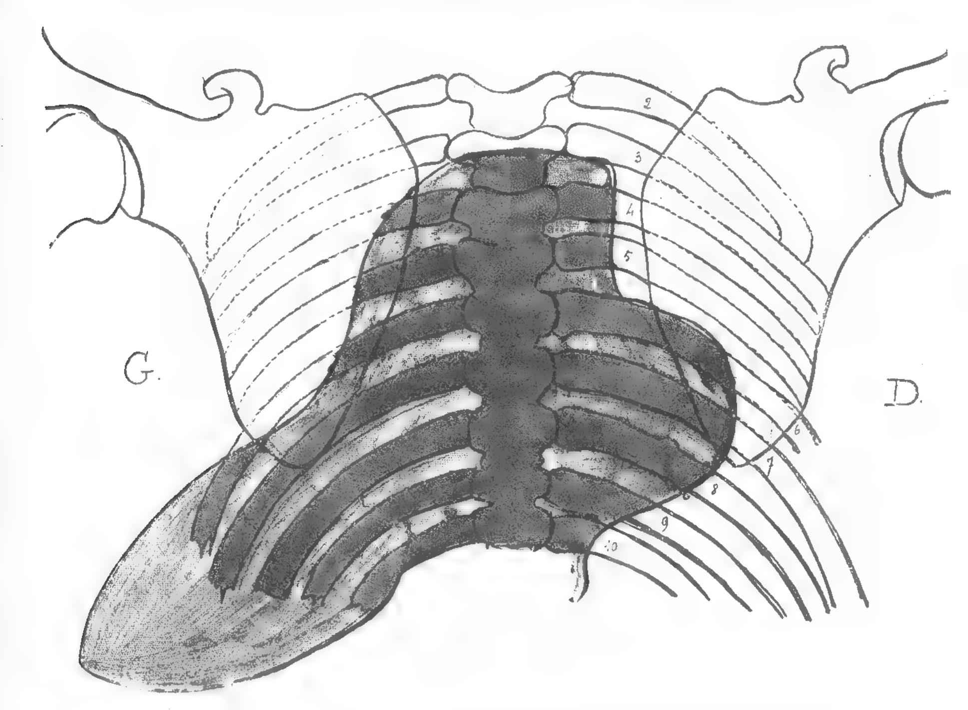


Fig. 1. — Décalque de la radiographie. Vue par derrière (1).

G. Gauche du malade, le cœur ; à droite, la poche anévrysmale.

Une tumeur pulsatile de cette région, sans défaut de synchronisme des pouls droit et gauche, temporal et radial, ne pouvait être qu'un *anévrysme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte, entre son origine et la naissance du tronc brachio-céphalique.* La difficulté du sac à se remplir après sa réduction, l'absence d'insuffisance aortique concomitante, la situation normale de la convexité aortique, le souffle unique au premier temps nous faisaient croire à un *anévrysme sacciforme* à collet étroit.

(1) Cette figure et les suivantes sont dues à l'habile crayon de mon élève Jacques Liouville.

La malade fut soumise au traitement mixte pendant trois semaines : le résultat fut une augmentation rapide de la tumeur, qui, le 7 décembre, avait usé la paroi thoracique, luxé la 2e côte, détruit le grand pectoral et venait battre sous la peau.

Pour préciser la forme, le volume, les rapports de l'anévrysme, je priai d'abord mon collègue, M. Troisier, d'examiner la malade.

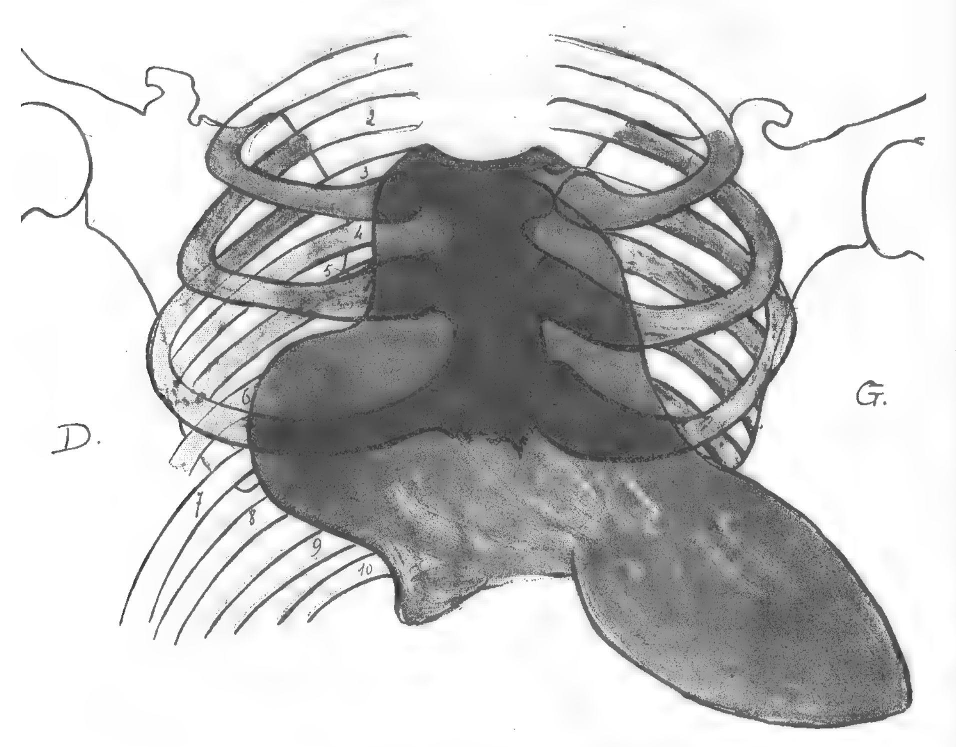


Fig. 2. — Projection de la tumeur sur la face antérieure du thorax.

Figure demi-schématique.

D. Côté droit de la malade : la poche anévrysmale ; G. Côté gauche : le cœur.

Il confirma l'opinion d'anévrysme aortique, et, se basant sur les caractères du souffle, il pensa comme nous à un anévrysme sacciforme dont l'orifice de communication était étroit, orifice siégeant sur la face externe et antérieure de la portion ascendante de la crosse aortique, avec intégrité relative du volume du vaisseau.

Pour me renseigner plus exactement encore sur les dimensions, la situation, les rapports, la nature exacte de cette tumeur, j'en fis l'examen radioscopique et je priai, d'autre part, M. Hallion de



Figure. 3. — Pléthysmographe de Hallion et Comte.

P. cap. M. D. = Pouls capillaire de la main droite.
P. cap. M. G. = Pouls capillaire main gauche.
Anévr. = Pulsations de la poche anévrismale.
Sec. = Secondes.

Les repères marqués correspondent aux mêmes instants précis, dans les trois tracés.

Ces tracés montrent que le pouls capillaire est :

1° Synchrone dans les deux mains;

2° Plus faible à gauche qu'à droite.



FIGURE 4.

P. R. D. = Pouls radial droit.
Anévr. = Pulsations de la poche anévrismale.
Sec. = Secondes.
1. = Début du 1er temps de l'expansion de la poche.
2. = Début du 2e temps.
3. = Début de la pulsation radiale.

Ces tracés, pris avec une plus grande vitesse de l'appareil enregistreur, permettent d'établir des rapports chronologiques entre les variations de volume de la poche anévrysmale et les détails de la pulsation radiale.

vouloir bien soumettre à la méthode graphique les pulsations radiales et celles de la poche anévrysmale.

L'*examen radioscopique*, pratiqué dans mon laboratoire par M. Dagincourt, par mes élèves et par moi, était d'une netteté parfaite. Voici une épreuve décalquée par mon élève Liouville sur la radiographie, que je vous montrerai (fig. 1), et vous avez sur la figure 2, qui est schématique, la projection de cette tumeur sur la face antérieure du thorax. Ces figures montrent qu'il existe sur la face latérale droite de l'aorte une tumeur, du volume d'un gros poing d'adulte, faisant tache dans la partie interne des deuxième et troisième espaces intercostaux; le cœur n'a subi aucun déplacement et occupe sa place normale.

L'examen sphygmographique a été fait par M. le Dr Hallion, au moyen des tambours polygraphes du professeur Franck; je reproduis ici ces tracés :

On voit que l'*instant de la pulsation radiale est identique* dans les deux mains, car les repères sont également distants du début de la pulsation du côté droit et du côté gauche.

On voit aussi que la pulsation est plus faible dans la main gauche que dans la main droite.

On voit que l'*expansion de la poche se fait en deux temps*. Si l'on considère la première élévation (entre 1 et 2), *le retard* de la pulsation radiale est égal à 2/5 de seconde (au lieu de 1/10 qui est le chiffre normal). Cette grande valeur du retard porterait à se demander si ce ne serait pas, en réalité, la deuxième élévation (commençant au repère 2) qui répondrait au début de la systole. Dans ce cas encore, le retard (mesuré par la distance horizontale qui sépare les repères 2 et 3, et non plus 1 et 3) serait égal à 1/5 de seconde, c'est-à-dire double du retard normal. L'existence du retard est donc incontestable.

M. Hallion fait suivre ces tracés de la note suivante :

« De la forme des tracés et de l'inégalité du pouls des deux côtés, j'ai tendance à tirer les conclusions ou plutôt à admettre les présomptions suivantes :

« 1° L'expansion de la poche se faisant en deux temps, et l'expansion du premier temps étant minime, il me paraît logique d'en induire que la poche éprouve de la difficulté à s'emplir d'emblée et, cela étant, ne communique pas avec l'aorte par un vaste abouchement;

« 2° Le retard du pouls étant égal des deux côtés, la poche communiquerait avec la portion ascendante de l'aorte;

« 3° Le pouls étant plus fort à droite, cela pourrait tenir à ce que l'anévrysme intéresserait partiellement le tronc brachiocéphalique, élargissant son embouchure, et permettant à l'onde

pulsatile d'y accéder plus énergiquement. Il est vrai que l'onde, si elle pénètre plus facilement dans une artère ectasiée, s'y amortit. Si la pénétration plus facile tend à augmenter la force du pouls, la traversée dans la portion ectasiée tend à la diminuer.

« En somme, je ne trouve pas, à l'inégalité des pulsations radiales, d'interprétation bien satisfaisante.

« J'ai consulté M. Franck sur ces détails des tracés. Il ne se risquerait, dit-il, à aucune déduction. Nul n'est plus compétent que lui : je ne saurais donc me permettre aucune opinion ferme. »

Enfin, l'*examen du sang* a été pratiqué par M. Mocquin, le 7 décembre, une demi-heure après une séance de radiographie. Il a donné :

GR = 4.757.000	P = 76
R = 3.047.421	Mop = 7
G = 0,64	Mog = 4
GB = 13640	Mcg = 11
	My = 2

De cet exposé clinique et de ces recherches complémentaires, radioscopiques et sphygmographiques, il ressort, en somme, que nous sommes en présence d'un *anévrysme de la crosse de l'aorte*, que la tumeur siège sur *sa partie ascendante*, entre l'origine du vaisseau dans le cœur et la naissance du tronc brachio-céphalique. L'anévrysme a le volume d'un très gros poing; il est *sacciforme;* il se dirige vers la *région thoracique antérieure* et a laissé intacts les organes profonds (veines et nerfs). Son *orifice de communication* avec le segment aortique est relativement étroit, *sa paroi est mince*, sans caillots capitonnants. *Son évolution est rapide;* le traitement médical ne l'a même pas enrayée (en quinze jours, du 28 novembre au 12 décembre, jour de l'opération, elle a pris des proportions inquiétantes malgré une médication spécifique énergique) ; il n'existe sur *aucune autre région artérielle trace d'une ectasie ou d'une altération pariétale.* La malade a quarante ans, son *état général est parfait*, et la tumeur *n'a plus qu'à ulcérer la peau pour se rompre.*

En face de pareilles constatations, une intervention directe sur la tumeur me paraissait justifiée. Mais, n'ayant aucun guide, aucune observation qui me permît de juger de sa gravité, et aucune certitude de la mener à bonne fin, je fis part de toutes mes craintes à la famille de cette malade, et j'exposai à cette dernière tout ce que l'humanité me permettait de lui dire. L'intervention ne me fut pas concédée, mais elle me fut demandée par la malade, très courageuse et très intelligente, tant son angoisse

précordiale au moindre mouvement était atrocement douloureuse.

Avant d'entreprendre cette opération, je crus nécessaire de me renseigner auprès des classiques sur l'anatomie pathologique des anévrysmes de l'aorte, en particulier sur la fréquence des anévrysmes sacciformes, sur leur pathogénie, sur leurs dimensions, leur situation, leurs rapports, leurs adhérences, sur les dimensions de l'orifice de communication, sur l'état des parois artérielles dans le voisinage de l'anévrysme, sur la possibilité d'une ligature du sac et d'une suture artérielle à ce niveau. Or, je ne trouvai sur ces différents points que des renseignements parfaitement incomplets et insuffisants.

Si la forme du sac, son épaisseur, son étendue, ses adhérences son mode d'ouverture dans les différents viscères : bronches, plèvre, péricarde, médiastin, sont parfaitement décrits, au contraire les dimensions de l'orifice de communication du vaisseau et de l'orifice sont rarement précisés ou même mentionnés. J'ai interviewé sur cette question les anatomo-pathologistes les plus autorisés, M. Cornil, et son élève M. Brault. Le résultat de mon enquête peut se résumer ainsi : les anévrysmes de la crosse de l'aorte sont généralement syphilitiques et s'accompagnent d'altérations artérielles portant sur plusieurs parties du vaisseau, ou sur plusieurs vaisseaux, mais il n'existe souvent qu'un seul anévrysme menaçant la vie du malade. Cet anévrysme, le plus ordinairement latéral, est rarement sacciforme, avec un orifice étroit et à paroi le plus souvent altérées. Cette variété existe cependant d'une façon certaine : c'est dire que l'intervention chirurgicale sera rarement indiquée.

J'eus alors l'idée de faire des recherches dans notre merveilleuse collection du musée Dupuytren, et j'eus la satisfaction d'y trouver, au milieu d'une quantité considérable de préparations ou de moulages d'anévrysmes de l'aorte (il y en a près de cinquante), 7 pièces d'anévrysmes sacciformes dont je me permets, à défaut de dessin, de vous reproduire par écrit la description.

N° 225 du Catalogue. *Modèle en cire d'un cœur avec la première portion de la crosse de l'aorte; perforation térébrante de l'aorte.* — L'aorte, à 1 centimètre environ au-dessus des valvules sigmoïdes, sur sa partie droite et convexe, présente une perforation d'un diamètre d'environ 5 millimètres, et qui traverse le vaisseau de part en part ; elle résulte probablement d'un athérome. L'ouverture interne présente le même aspect et la même dimension que l'externe.

N° 249. *Cœur avec la crosse de l'aorte ; anévrysme de la crosse de l'aorte.* — Cette pièce provient d'une femme de trente-huit ans. L'aorte est le siège d'une dégénérescence scléro-athéromateuse peu avancée. A

8 centimètres environ au-dessus des valvules sigmoïdes, la cavité du vaisseau communique avec un sac anévrysmal par un orifice situé à droite et en arrière; il est circulaire, nettement circonscrit par un bord saillant, et mesure 2 cent. 1/2 de diamètre. La tumeur est arrondie; son volume égale celui d'une petite orange; aucun des organes voisins ne paraît avoir subi d'altération à son contact. Elle est remplie complètement de caillots décolorés, denses, stratifiés, qui obstruent l'orifice de communication avec l'aorte.

Ces différentes particularités expliquent comment la tumeur n'a donné lieu, pendant les dernières périodes de la vie, à aucun phénomène morbide : le sang n'y pouvant plus pénétrer, elle était sans influence sur la circulation, elle ne devait produire aucun bruit anormal; masquée par le poumon, elle ne pouvait être reconnue par la percussion; sans retentissement sur les organes voisins, elle n'occasionnait pas de troubles fonctionnels; complètement remplie de caillots résistants, devenue en quelque sorte étrangère à l'appareil circulatoire, elle n'était plus susceptible d'accroissement. En somme, l'anévrysme était momentanément guéri, et il est probable que la guérison eût été définitive, car les caillots denses et solides ne présentaient aucune tendance à la désagrégation. (Vulpian. *Soc. anat.*, 1869, t. XIV, p. 119.)

N° 251. *Modèle en cire d'un cœur avec la crosse de l'aorte et l'artère pulmonaire, anévrysme de la crosse de l'aorte.* — Sur cette pièce, l'aorte ne paraît point avoir subi de dilatation notable. On observe à sa face antérieure, dans sa portion ascendante, une tumeur du volume d'une grosse orange, que l'on a représentée remplie de caillots décolorés. Cette tumeur, très irrégulière à sa surface, communique avec la partie antérieure de la crosse de l'aorte par un orifice assez étroit. (*Acad. de médec.*)

N° 252. *Modèle en cire d'un cœur, avec la crosse de l'aorte, la trachée et les poumons; anévrysme de la crosse de l'aorte.* — Sur ce modèle, on constate qu'il existe une dilatation assez considérable de la portion ascendante de la crosse de l'aorte. Le cœur, petit, paraît légèrement atrophié. L'aorte ascendante, sur la partie latérale droite, à sa partie supérieure, à peu de distance de la sous-clavière, présente une perforation circulaire d'environ 1 cent. 1/2 de diamètre, qui communique dans une poche anévrysmale située en avant de la trachée-artère. La tumeur anévrysmale a été représentée ouverte, et remplie de caillots volumineux.

N° 258. *Cœur avec l'aorte*; *anévrysme kysteux de l'aorte.* — Cette pièce présente un grand intérêt : elle a été considérée par Corvisart comme un exemple possible de guérison spontanée d'un anévrysme de l'aorte, par réplétion et endurcissement du caillot. La crosse de l'aorte, sur cette pièce, est très dilatée; elle présente en outre un grand nombre de plaques athéromateuses. A sa partie postérieure et supérieure, au niveau de l'origine du tronc brachio-céphalique, existe une ouverture irrégulièrement circulaire, qui conduit à une cavité kystique du volume

d'une noix. Cette cavité est complètement remplie par une masse compacte de caillots fibrineux, disposés en couches concentriques, et très adhérents aux parois de la tumeur. Ces caillots ne permettent plus au sang de pénétrer dans la poche de l'anévrysme. (Corvisart, *Traité des maladies du cœur*, 2e éd., p. 313.)

N° 263. *Portion de l'aorte, anévrysme kysteux.* — La partie postérieure de la crosse de l'aorte, à 4 centimètres environ au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche, présente une ouverture, irrégulièrement quadrangulaire, qui a 3 centimètres dans sa plus grande dimension. Cette ouverture communique dans une cavité kystique qui fait une saillie peu considérable en arrière, et dont la surface extérieure était en rapport avec les corps vertébraux auxquels elle adhérait.

N° 289. *Cœur avec la crosse de l'aorte, la trachée-artère et les deux poumons, anévrysme de l'aorte qui s'est ouvert sous le feuillet viscéral de la plèvre.* — Le cœur est volumineux, et la crosse de l'aorte est un peu dilatée. On constate, sur cette pièce, que l'origine de la tumeur anévrysmale est située au-dessous de la sous-clavière gauche, à la terminaison de la crosse de l'aorte. A ce niveau, l'aorte présente une large ouverture qui a 4 centimètres de diamètre, à bords très irréguliers. Cet orifice communique dans un petit sac anévrysmal dont le diamètre est de 6 centimètres; les parois de ce sac sont, à l'intérieur, rendues très irrégulières par des adhérences de débris de caillots. Au sommet de ce sac existe une ouverture ulcérée et irrégulière qui a permis au sang de s'épancher sous la plèvre qui recouvre le lobe supérieur du poumon gauche.

L'étude attentive de ces pièces, jointe aux lectures que j'avais faites, me montrait donc qu'il existe certains anévrysmes sacciformes de la crosse de l'aorte qui sont situés avant la naissance du tronc brachio-céphalique, qui sont peu ou pas adhérents, qui ont un pédicule relativement mince et un orifice relativement étroit, enfin que la paroi de l'aorte, au voisinage de la poche anévrysmale, peut ne présenter que des lésions athéromateuses légères ne contre-indiquant pas une ligature de l'anévrysme.

Dans ces conditions, je me crus autorisé à tenter l'intervention que j'avais proposée à la malade. Elle eut lieu le 12 décembre 1901. Voici comment je la menai, avec l'aide de mes internes MM. Chifoliau et Loubet.

Opération. — Pour aborder l'anévrysme, je taille un volet à convexité droite, à base attenant au bord droit du sternum et allant, en hauteur, depuis la 2e cote jusqu'au 5e espace intercostal droit, et, en largeur, du bord droit du sternum à quatre travers de doigt en dehors. Ce lambeau comprend à la fois la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les fibres du grand pectoral; celles du petit pectoral n'existent plus au niveau de l'anévrysme, leurs restes sont rabattus en dehors.

Je tombe de suite sur l'anévrysme, et je puis constater alors que la 2e côte est luxée, complètement adhérente à la tumeur, et que celle-ci adhère en outre à la face postérieure de la 3e côte et au cartilage costal correspondant, enfin à la plèvre médiastine. De ces adhérences la moins intime me paraît celle de la 3e côte. Je la libère, et je la résèque dans l'étendue de quatre travers de doigts. Je constate que le sac anévrysmal est d'une minceur extrême, sans trace d'induration : je le libère très prudemment en dehors.

Par suite de ces adhérences intimes, je suis forcé de pratiquer le décollement, millimètre par millimètre. Quant à chercher à détruire les adhérences entre la face antérieure de la tumeur et la face postérieure de la 2e côte droite, il ne faut pas y songer, l'os, à moitié détruit, faisant partie de la paroi de la tumeur. Pour éviter de provoquer la rupture brusque de la poche anévrysmale, je sectionne alors la 2e côte en dedans et en dehors, et je laisse la partie médiane de cette côte adhérente à la face antéro-supérieure de la tumeur. Au cours de ces manœuvres, j'ouvre la plèvre médiastine, mais, à cause des adhérences, je n'ai qu'un pneumothorax très limité.

Une fois libérée de ses adhérences chondro-costales, je suis plus à l'aise pour isoler de la plèvre, du péricarde, et du médiastin, les faces latérales de mon anévrysme. Ce décollement se fait très lentement, mais sans le moindre incident : je reste aussi près que possible de la paroi très mince du sac, craignant plus encore l'ouverture d'un vaisseau voisin que celui de la poche. Je fais l'exploration de la poche anévrysmale, et, dans ce but, l'exprimant lentement et progressivement avec les doigts (après avoir constaté qu'elle ne contient pas de caillots, ce qui est facile vu la minceur extrême et la souplesse de sa paroi), je recherche avec l'index, coiffé de la paroi anévrysmale, l'orifice de communication de la poche avec l'aorte. Je trouve cet orifice relativement petit, admettant juste mon index, et, tout autour, une collerette d'adhérences entre la poche anévrysmale et la paroi aortique. Il semble donc possible de placer en ce point une ligature, sans courir trop de risques de rompre le pédicule du sac, puis d'enlever le sac et de refaire une suture aortique à la Lembert. Mais la décortication, relativement facile jusqu'au niveau des adhérences contractées par le sac avec la paroi même de l'aorte sur laquelle il se réfléchit, devient alors particulièrement minutieuse, et je mets longtemps à pratiquer la séparation exacte de cette collerette du sac pour arriver sur l'orifice même de communication avec l'aorte. Tout le sac étant disséqué, il ne me reste plus qu'à placer une ligature sur son orifice. Je comprime le sac pour débarrasser mon champ opératoire qu'il gêne par son volume et par ses pulsations, puis, faisant surveiller le pouls et la respiration de la malade, je pratique cette ligature à l'aide de deux fils de catgut que je serre lentement, progressivement. Il ne se produit pas le moindre trouble de la respiration ni du pouls.

C'est alors que je commis une faute dont vous verrez plus loin l'importance : *je ne fis pas l'ablation du sac anévrysmal*, maintenant vide et flasque. Je pensais que, dans le cas où la ligature céderait, il pourrait

encore servir à limiter l'hémorragie, et, heureux d'ailleurs d'avoir pu conduire l'opération jusque-là sans accidents, je rabattis le volet thoracique et je le suturai après avoir assuré le drainage du médiastin.

Suites opératoires. — 12 *décembre.* — Au sortir du sommeil anesthésique, le pouls est petit, faible des deux côtés, presque imperceptible à gauche. A droite, 120 pulsations. — Dans l'après-midi, un litre de sérum en injection sous-cutanée. — A 7 heures du soir, le pouls radial droit, plus fort, marque 112 pulsations; le pouls radial gauche est mieux perceptible qu'avant l'opération. Température (vaginale) : 37°8. Piqûre de morphine pour la nuit.

13 *déc.* — Temp. vag., 37°8; pouls, 124. A gauche, le pouls radial se perçoit mieux. La malade a assez bien dormi, mais se plaint de dyspnée. Le pansement est renouvelé : très peu de suintement par l'orifice du drain; celui-ci est enlevé; les compresses sont à peine imprégnées de sang; la plaie opératoire a très bon aspect, il n'y a aucune rougeur au niveau des fils. — Dans le courant de l'après-midi, la malade rend des gaz; apparition des règles. Un litre de sérum sous la peau. Le soir, temp. vag., 38°2; pouls, 130, rapide, mais régulier et bien frappé. — Injection de morphine dans la nuit.

14 *déc.* — Matin, temp. vag., 37°8; pouls, 120. Selle copieuse. La malade se trouve mieux. — Soir, temp. vag., 38°2; pouls rapide. Un litre de sérum.

15 *déc.* — Matin, temp. vag., 38°6; pouls, 136, régulier. Aucune douleur du côté de la plaie. — Soir, temp. vag., 38°4; pouls, 128 fort, plein, un peu *irrégulier.* Sérum : un litre.

16 *déc.* — Matin, temp. vag., 38°; pouls, 128, plus régulier. — Soir, temp. vag., 38°9; pouls, 128. Langue blanche, saburrale; un peu de fatigue générale; la malade ne se plaint pas de sa plaie; sérum : un litre.

17 *Déc.* — Matin, temp. vag., 38°2; pouls, 128. — Soir, temp. vag., 38°; pouls, 128. Sérum : un litre.

18 *Déc.* — Matin, temp. vag., 37°9: pouls, 140. La malade se plaint d'un point de côté à gauche, sous le mamelon, et présente un peu de dyspnée. *Pansement* : aucun suintement par l'orifice persistant du drain; aucune rougeur au niveau des fils. Il y a sur le bord droit du sternum une légère voussure non douloureuse. A ce niveau, on enlève deux fils, sans obtenir le moindre écoulement de sérosité. On prescrit de l'iodure. Un lavement purgatif, pris dans la matinée, fait peu d'effet et ne procure qu'une selle peu abondante dans le courant de l'après-midi. A 3 heures, un litre de sérum sous la peau. — Le soir, temp. vag., 38°6; pouls, 140.

19 *déc.* — Matin, temp. 38°1; pouls 136. La malade a bien dormi, se sent mieux. *Pansement:* ablation des derniers fils; la plaie est partout réunie d'une façon parfaite. — Le soir, temp., 38°4; pouls, 136. Quatre selles copieuses après un purgatif.

20 *déc.* — Matin, temp. 38° ; pouls, 112. La langue est plus propre, humide; la respiration moins gênée, plus calme. — Soir, temp. 38°2; pouls, 128.

21 *déc.* — Matin, temp. 38°5, pouls, 129. presque aussi fort à gauche qu'à droite. La malade, qui depuis son opération avait une certaine difficulté pour avaler, boit plus facilement, mais par petites gorgées. Elle se plaint d'une grande fatigue générale; elle a « les jambes brisées ». — Soir, temp. 38°4; pouls, 124.

22 *déc.* — Matin, temp. 39°4; pouls, 128. — Soir, temp. 38°7, pouls, 128. 1 litre de sérum.

23 *déc.* — Matin, temp. 38°7; pouls, 124. Je fais moi-même le *pansement*, avec la sonde cannelée, je désunis la cicatrice au niveau de la voussure notée au niveau du bord droit du sternum, et je débride dans la profondeur; j'introduis dans la brèche obtenue une mèche qui ramène *quelques petits caillots noirâtres*, *fétides*, et je vois au fond le sac sphacélé. Je laisse dans la plaie une mèche oxygénée. Depuis la nuit dernière, la malade tousse fréquemment; les quintes surviennent au moment de l'ingestion des liquides. M. Milian, à l'auscultation de la poitrine, note l'existence de quelques râles de bronchite aux deux sommets. Sérum, 1 litre. — Soir, temp. 39°4; pouls, 136.

24 *déc.* — Matin, temp. 38°2; pouls, 128, un peu irrégulier. La malade tousse beaucoup et expectore des crachats, les uns bronchitiques, les autres brunâtres, visqueux, *hémoptoïques.*

Je renouvelle le *pansement.* Sur la première compresse, il y a un peu de sang rouge. Pas d'hémorragie à l'ablation de la mèche, dont l'extrémité est fétide. Je fais couler dans la plaie une petite quantité d'eau oxygénée et je remets doucement une mèche de gaze aseptique.

Soir, temp. 38°5; le pouls, rapide, à 128, est *irrégulier*: il y a une pulsation avortée, tous les trois ou quatre battements. Sérum, 1 litre.

25 *déc.* — Matin, temp. 37°9. Le pouls est rapide, petit. La malade ne se trouve pas bien, elle a mal dormi, son pansement la gêne.

A 9 h. 30, mon interne, M. Chifoliau, fait le *pansement* comme le jour précédent : la compresse du pansement est imbibée de sang rouge. Il décolle, avec d'excessives précautions, au moyen d'eau oxygénée, la mèche qui tient dans la profondeur. Il fait couler dans l'orifice du trajet une petite quantité d'eau oxygénée. Il y place très légèrement, et sans la forcer, une mèche de gaze et termine le pansement à 9 h. 3/4.

A 11 heures, il est rappelé en toute hâte près de la malade, qui avait une syncope. L'infirmière venait de la changer de linge, et la malade, se trouvant mieux, se disposait à dormir, lorsque tout à coup elle pâlit, se trouvant mal. Mon interne défit précipitamment le pansement traversé par le sang. La mèche avait été expulsée, et, par l'orifice de la plaie, sortait en bavant, mais non en jet, un flot de sang. Il mit son doigt dans le trajet et comprima directement sur le sac rompu : le sang cessa de couler.

Mon autre interne, M. Loubet, mandé en grande hâte, prit sa place. M. Chifoliau désunit la plaie dans toute son étendue, pendant qu'un de ses collègues, M. Carton, administrait un peu d'éther à la malade, consciente du danger.

M. Chifoliau sectionna transversalement le sternum juste au-dessous de l'espace intra-claviculaire, et au-dessous du 3e cartilage costal ; il

enleva ainsi une grande partie de la poignée et du corps du sternum. arriva alors par une brèche large sur l'aorte, qu'il se mit en devoir d'isoler nettement. Il entrevoyait la possibilité de placer un clamp au-dessous de la rupture du sac sur l'aorte, lorsque tout à coup il se produisit, à côté du doigt de M. Loubet, une deuxième déchirure : l'aorte acheva de se vider d'un seul coup, le cœur cessa de battre. Il était midi et quart.

(*Cette observation a été rédigée d'après les notes de M. Chifoliau.*)

Autopsie. — L'autopsie a été pratiquée par M. Milian.

Examen extérieur. — Pâleur considérable des *téguments.*

Au niveau du bord droit du sternum, existe une vaste *plaie*, de la largeur de la paume de la main, résultant de l'écartement des lèvres de la plaie opératoire (enlèvement secondaire des fils pour intervention d'urgence). La plaie est remplie de gros caillots noirâtres fétides.

A l'incision des téguments, couche adipeuse sous-cutanée abondante.

L'*épiploon*, descendu au voisinage du pubis, est surchargé de graisse. Le *foie* est légèrement prolabé. Pas d'ascite.

Examen de la cage thoracique. — Le *plastron sterno-costal* est enlevé : il y manque les portions de côte qui ont été réséquées chirurgicalement du côté droit. Le *tissu cellulaire du médiastin antérieur* lui est très adhérent. Le plastron enlevé, on voit le *poumon gauche* sain avec un léger exsudat pleural. Le *poumon droit* est complètement masqué par une masse abondante de caillots répondant au médiastin antérieur (partie supérieure), et débordant au devant de lui. Au-dessus du diaphagme, du côté droit, léger *épanchement pleurétique enkysté.* La partie inférieure du médiastin antérieur est occupée par une *graisse abondante* doublant le feuillet pariétal du péricarde.

La masse énorme des caillots, capable de remplir trois fois les deux mains réunies, n'est plus limitée par une poche. On ne distingue aucune paroi anévrysmale à ce niveau. Peut-être est-il possible de reconnaître, dans la région gauche, une mince pellicule qui en est un reliquat et paraît d'ailleurs uniquement constituée par du tissu celluloadipeux. Un morceau de côte, adhérant au sac du vivant de la malade, ne sert pas davantage de guide pour trouver un reliquat de cette poche. *Les fils posés pour la ligature sont dans la masse de fibrine qui entoure cette portion costale, et non plus au niveau de l'orifice aortique de l'anévrysme.* Ils n'ont contracté aucune adhérence et il est possible de les retirer sans peine, par une simple petite traction, de cette masse fibrino-cruorique. Les *caillots* sont d'ailleurs *fétides* : il y a eu infection secondaire.

Le *péricarde* incisé laisse échapper 300 à 400 grammes de liquide séro-fibrineux. Il y a une couche abondante de fibrine sur les deux feuillets pariétal et viscéral; tout autour du cœur, et par places (à la face antérieure du cœur surtout), il y a symphyse de ces deux feuillets : en un mot, il s'agit d'une *péricardite séro-fibrineuse* récente avec symphyse partielle. Il est vraisemblable que cette péricardite est postérieure à l'opération.

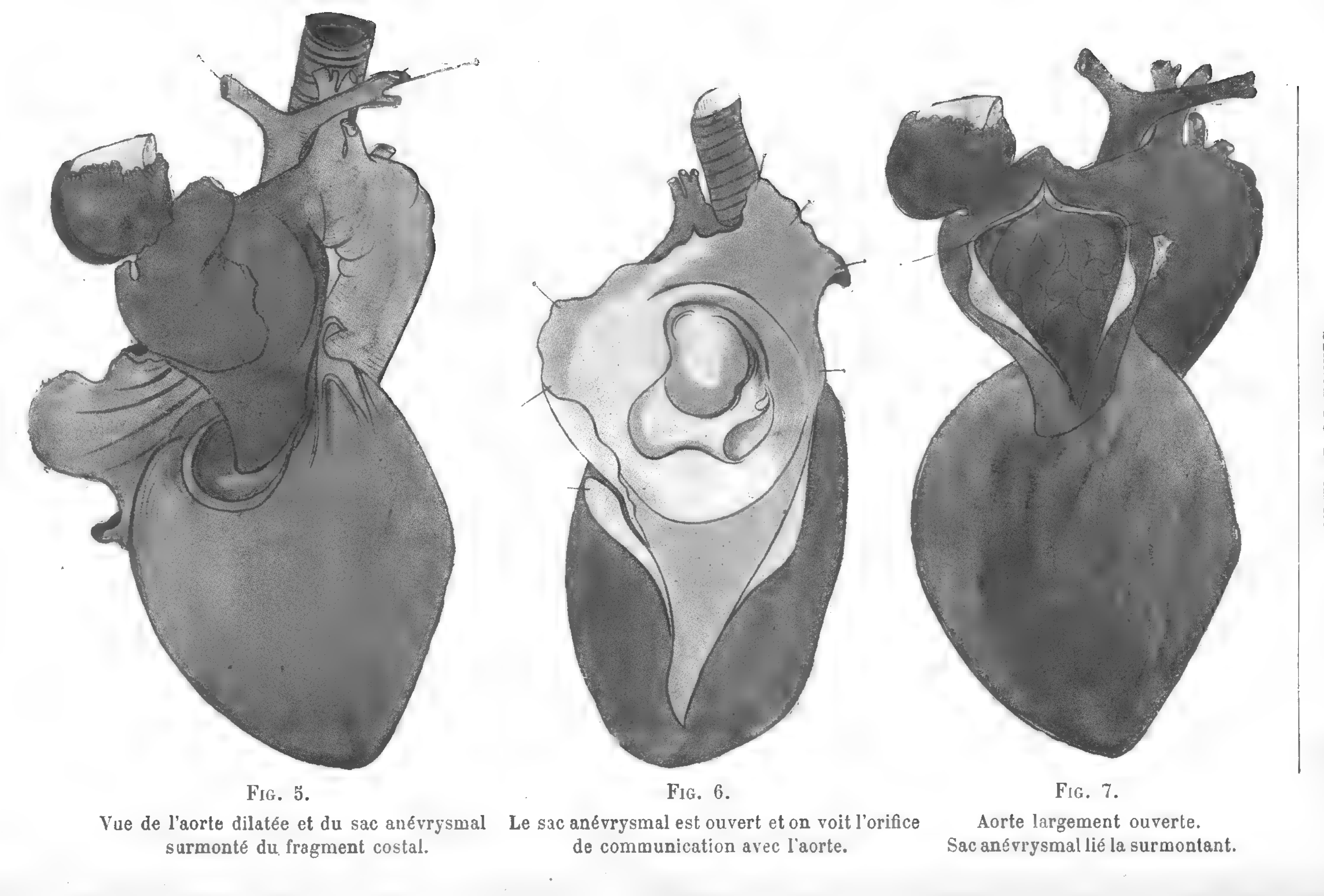


Fig. 5.
Vue de l'aorte dilatée et du sac anévrysmal surmonté du fragment costal.

Fig. 6.
Le sac anévrysmal est ouvert et on voit l'orifice de communication avec l'aorte.

Fig. 7.
Aorte largement ouverte. Sac anévrysmal lié la surmontant.

Le *cœur* ne présente pas la moindre hypertrophie. L'incision suivant la méthode classique montre que tous les *orifices sont normaux* et ne présentent pas le moindre reliquat d'endocardite. *L'orifice aortique* lui-même est absolument indemne, et ses valvules sigmoïdes sont très souples. Il laisse passer facilement le pouce, mais n'admet pas deux doigts.

La *crosse de l'aorte*, notablement dilatée, incisée sur sa face postérieure, montre *l'orifice vasculaire de l'anévrysme* (fig. 5). Cet *orifice* siège sur la paroi antéro-externe, immédiatement au-dessus de l'insertion du péricarde viscéral sur l'aorte. Il est nettement circulaire et d'environ 3 cent. 1/2 de diamètre (fig. 6). Les bords en sont souples.

Les *régions avoisinantes de l'aorte* sont normales, souples, sans athérome ; il y a cependant, au-dessous et en dedans de l'orifice en question, deux petites dépressions cupuliformes. Ces dépressions avaient chacune l'étendue d'une petite lentille. *L'orifice aortique de l'anévrysme siège à peu près à 2 cent. 1/2 du point où ont été trouvés les fils à ligature* (fig. 7).

L'aorte, examinée dans le reste de l'étendue jusqu'à la bifurcation des iliaques, ne présente pas la moindre trace d'athérome. Il en est de même des iliaques, de la splénique, et des artères cérébrales.

Le *poumon* gauche montre un peu d'atélectasie par compression des languettes de la base, et de l'emphysème du sommet. Il n'y a pas la moindre trace de tuberculose.

Le *poumon droit* est comprimé et congestionné.

Examen des viscères abdominaux. — *L'estomac*, *l'intestin grêle*, le *gros intestin*, incisés d'un bout à l'autre, ne présentent aucune lésion. Il y a sur l'intestin grêle trois invaginations intestinales agoniques. Quelques *ganglions mésentériques* rosés sont un peu plus gros que normalement.

Le *pancréas* est normal.

Le *foie*, un peu mou et légèrement putréfié, pèse 1.670 grammes.

La *rate* est normale. Poids, 242.

Reins gros, normaux d'aspect, à part un peu de pus dans le bassinet du rein gauche. Rein droit : 225 grammes. Rein gauche : 260 grammes.

Capsules surrénales normales; droite : 15 gr.; gauche : 12 grammes.

Organes génitaux : vagin, utérus, trompes, ovaires normaux, à part un petit kyste du parovaire du côté gauche.

Le *cerveau*, le *bulbe* et le *cervelet* ne présentent rien d'anormal. Il n'y a pas, je l'ai dit, d'athérome des artères cérébrales.

Examen histologique de l'anévrysme de l'aorte au point de jonction de la poche anévrysmale avec le vaisseau. — Cet examen a été également fait par M. Milian.

La coupe histologique est une coupe frontale qui a porté à la fois sur la paroi de l'anévrysme proprement dit et sur le vaisseau à la limite de la poche.

Au niveau de l'anévrysme, la paroi est constituée par une couche de fibrine épaisse, mais extrêmement friable, supportée par un reliquat de la tunique moyenne et la tunique externe. La tunique moyenne est ici tellement amincie qu'il ne faudrait pas compter sur elle pour

supporter une ligature. Ce qui en reste n'est cependant pas modifié dans sa structure.

Au voisinage de l'orifice artériel de cet anévrysme sacciforme, la paroi de l'aorte est, au contraire, représentée par ses trois tuniques, toutes trois à peu près indemnes. La tunique *externe* est infiltrée de lymphocytes isolés ou groupés en files suivant les espaces lymphatiques; mais il s'agit là vraisemblablement d'inflammation subaiguë consécutive aux phénomènes d'infection secondairement développés chez la malade, et qui se sont entre autres traduits par une péricardite. La tunique *moyenne* a sa structure normale, à part que, tout à fait au bord de l'orifice anévrysmal, elle présente un ramollissement athéromateux très limité de sa région interne, et qui correspond vraisemblablement à la lésion initiale cause de l'anévrysme. Cet athérome ne se prolonge pas à plus de 1 ou 2 millimètres au delà du bord de l'orifice. La tunique *interne* est intacte.

Il n'y a pas là, en un mot, de lésion capable de s'opposer à la réalisation d'une suture solide.

En somme, de l'ensemble de ces faits, il résulte que ma malade a succombé à une hémorrhagie secondaire par gangrène du sac que je n'avais pas enlevé après avoir pratiqué la ligature de son collet.

Telle est l'observation que je tenais à vous rapporter. Voyons, en manière de conclusion, quelle réponse elle permet de faire à la double question que j'ai formulée au début de ma communication.

Les conditions que doit remplir un anévrysme de la crosse aortique pour être accepté dans le domaine chirurgical sont, me semble-t-il, les suivantes : il doit être abordable, isolable, extirpable; il doit être l'unique lésion artérielle, médicalement irrémédiable, menaçant la vie à brève échéance. Quelles sont les variétés d'anévrysmes de la crosse qui sont susceptibles de répondre à ces indications?

De l'anatomie pathologique parfaitement incomplète et inutilisable dans sa plus grande partie de ces anévrysmes, nous pouvons retenir cependant quelques constatations importantes, et qui indiquent en tout cas sur quels points les études ultérieures devront être poursuivies, pour éclairer la question :

Les anévrysmes de la concavité de la crosse, le type dit récurrentiel, ceux qui siègent sur la portion descendante, ne sont guère *abordables*; ceux qui ont acquis un énorme développement, avec adhérences intimes à tous les organes du médiastin, ne sont pas *isolables;* ceux qui sont constitués par une ectasie artérielle totale ou portant sur une paroi trop étendue ne sont pas *extirpables*. Ces trois variétés anatomo-pathologiques étant les plus

nombreuses, c'est dire que la grande majorité des anévrysmes échappe à notre action directe.

Le champ se rétrécit plus encore, si nous considérons que l'ectasie aortique s'accompagne presque toujours de lésions artérielles multiples, ou d'une dégénérescence de la paroi entière du vaisseau. Sur ce point comme sur les précédents, il est malheureusement impossible d'établir un pourcentage de fréquence, et ce fait anatomo-pathologique mérite d'être étudié dans les autopsies; car, si j'en crois mes lectures, même dans ces cas où la paroi est altérée, par la syphilis le plus souvent, et sur une grande étendue, il n'en résulte pas moins que l'ectasie sacciforme peut porter sur une seule région, et que c'est l'effondrement progressif de cette région très limitée qui menace le malade et provoque l'issue fatale.

Les anévrysmes sacciformes sont donc seuls à retenir ici et dans les seuls cas où les dimensions de leur orifice de communication permettra d'espérer son oblitération chirurgicale.

Je ne me fais aucune illusion sur l'extrême rareté de ces faits, mais j'ai cru devoir vous apporter cette observation, sans autre prétention que celle de vous fournir un document rare et instructif.

M. Poirier. — Il y a quelques années déjà, après avoir réglé le procédé de résection temporaire du sternum dont je vous ai entretenu, séduit par la voie large qu'il ouvre sur le médiastin, je songeai à l'utiliser contre les anévrismes de l'aorte. Je fis à ce moment une enquête auprès de quelques-uns des médecins anatomo-pathologistes que vient de nous citer Tuffier. Le résultat de cette enquête, qui portait sur la fréquence relative des anévrismes sacciformes et fusiformes, la forme et les dimensions des orifices aortiques, l'état des tuniques du vaisseau, etc., ce résultat, dis-je, fut tel que je ne donnai pas suite à des projets qui me paraissaient trop aventureux. Vers le milieu de l'année dernière, frappé par la mort brutale d'un malade dont j'observais l'anévrisme depuis plusieurs années, je repris la même enquête.

La dernière autorité que je consultai fut le professeur Landouzy : sans désapprouver absolument mes conceptions opératoires, ce maître me mit au courant des résultats thérapeutiques véritablement extraordinaires qu'il avait obtenus dans plusieurs cas par le traitement spécifique. Pour la seconde fois, je modérai mes velléités, ajournant mes projets jusqu'au jour où l'on pourrait diagnostiquer, avec une suffisante probabilité, la variété de l'anévrysme et reconnaître ainsi ceux qui sont peut-être justiciables du traitement chirurgical. — J'aurais aimé que Tuffier nous présentât les pièces de son intéressante observation.

M. Delorme. — Dans les courtes remarques que me suggère la communication de M. Tuffier, il n'entre, je tiens à le bien établir, aucune pensée d'atténuation de la haute portée et de l'originalité de la tentative de notre collègue, mais je crois devoir rappeler qu'il y a sept à huit ans, sur les vives instances d'un officier de marine en traitement au Val-de-Grâce dans le service de M. le professeur Richard, et qui, atteint d'un anévrisme de la crosse de l'aorte, souffrait si cruellement qu'il ne pouvait être calmé par les narcotiques donnés à de très hautes doses, je recherchai s'il n'était pas possible d'étendre notre action chirurgicale à ces cas si graves et si désespérants.

Après étude, j'arrivai à cette conclusion qu'il serait possible d'employer pour eux, et chez mon malade, deux modes de traitement chirurgicaux.

Le premier était l'oblitération de l'orifice du sac; c'était l'opération qu'a tentée M. Tuffier. La lecture d'observations publiées dans les bulletins de la Société anatomique m'avait en effet convaincu de la possibilité, dans les cas d'anévrismes sacciformes, d'appliquer un catgut sur le canal parfois assez étendu et rétréci qui fait communiquer le sac avec l'artère.

La deuxième opération, qui me semblait avantageuse au cas où la première eût été impossible, c'était la libération ou l'excision d'une certaine étendue du gril costal : la libération de quelques côtes par deux sections portant à quelque huit à dix centimètres de distance sur chacune d'elles, l'excision dans la même étendue d'une partie du gril costal, sur le côté du thorax correspondant à l'anévrisme.

Je pensais qu'en libérant ainsi le thorax ou en excisant partiellement sa coque rigide, je diminuerais la tension intra-thoracique produite par l'anévrisme et, par le fait, des douleurs qu'il était loisible de rattacher à une compression nerveuse. C'eût été, par une voie chirurgicale, la reproduction de ce processus heureux que la nature amène parfois, la destruction du sternum ou de côtes suivie de la diminution des douleurs et des autres troubles graves observés.

La première opération était plus séduisante, mais combien ne paraissait-elle pas aléatoire, surtout en raison de l'incertitude du diagnostic? La deuxième, par contre, me semblait un pis aller acceptable au cas où la première eût été impossible. Je la proposai au malade. Il l'eût acceptée; sa famille la refusa. Cet officier continua, comme par le passé, à prendre sans conviction, sans soulagement et sans espoir, de l'iodure de sodium et il succomba peu après.

Depuis lors, je n'ai plus eu l'occasion de revenir sur le traite-

ment de ces anévrismes, et j'avoue que, devant les remarquables succès obtenus par M. Lancereaux grâce aux injections de gélatine, j'eus absolument abandonné la première idée.

Je tiens encore à la seconde, bien que les avantages du traitement médical actuel puissent faire douter de son utilité.

M. Reclus. — Si le sac anévrismal eût été enlevé, s'il n'y avait pas eu de septicémie, si la guérison avait eu lieu, je me demande si, à l'endroit où M. Tuffier a mis un fil sans reconstituer la paroi, il ne se serait pas produit un nouvel anévrisme. En effet, l'anatomie pathologique nous apprend que l'anévrisme se forme par destruction des tuniques musculaire et élastique. La pièce pourra nous faire voir si au bout de seize jours il n'y a pas déjà une amorce d'un nouvel anévrisme. — Je me demande si, quand on ne pourra pas renforcer la paroi du sac anévrismal, on n'aura pas les mêmes résultats que quand on opère une hernie sans renforcer la paroi, c'est-à-dire la reproduction de la lésion.

Enfin je ne suis pas aussi enthousiaste que M. Delorme des résultats du sérum gélatiné.

M. Monod. — Je veux attirer l'attention de M. Tuffier sur un point : je lui demanderai si, dans le cas où il recommencerait une opération du même genre, il ne renoncerait pas à refouler le contenu du sac dans l'aorte.

M. Michaux. — Je demande si M. Tuffier n'aurait pas pu chercher dans la paroi de l'aorte un soutien à la ligature qu'il a jetée sur le sac.

M. Tuffier. — Je répondrai à M. Poirier ce que j'ai déjà dit à plusieurs reprises au cours de ma communication, savoir que l'intervention chirurgicale dans les anévrysmes de l'aorte doit répondre à des indications très précises et que ces indications sont d'ailleurs exceptionnelles : sac pas ou peu adhérent, pédicule assez étroit, orifice de communication petit, absence de signes de dégénérescence athéromateuse des parois aortiques.

A M. Delorme, je dirai que je suis tout à fait opposé au traitement chirurgical palliatif qu'il propose contre les anévrysmes douloureux : créer une brèche thoracique par la résection d'une ou de plusieurs côtes, mais n'est-ce pas ouvrir largement la voie à l'anévrysme, qui, libre de toute barrière, ne s'en accroîtra que plus vite et marchera rapidement vers la rupture?

Je n'ai pas l'expérience des injections de gélatine suivant la méthode de Lancereaux. M. Delorme nous en vante les bons

effets; M. Reclus ne partage pas son avis; je crois avoir lu qu'elle causait aussi de temps à autre des accidents, dont quelques-uns même mortels. J'estime donc qu'il faut attendre des faits nouveaux pour juger de la valeur réelle de cette méthode.

M. Reclus me parle encore de récidive après la ligature et M. Michaux me demande pourquoi je n'ai pas complété celle-ci par un capitonnage de la paroi aortique. Je répondrai à M. Reclus que rien n'autorisait à craindre une récidive au moins précoce, car l'examen attentif des parois aortiques au voisinage de l'anévrisme m'avait montré que ces parois semblaient parfaitement saines. Et en admettant que la récidive survînt après quelques mois, n'était-ce donc rien que d'avoir prolongé jusque-là la vie de la malade menacée d'une heure à l'autre par la rupture fatale et imminente de son anévrysme?

Certes j'aurais dû tenter un capitonnage de la ligature en ramenant et en suturant au devant d'elle les parois aortiques. Mais, à ce moment de mon intervention, je venais de passer par de grosses difficultés et des émotions que tous mes collègues comprendront, j'étais si heureux d'avoir pu mener l'opération jusque-là sans accident, que je crus bon de ne pas forcer la chance et je m'en tins là. J'eus tort, j'aurais dû au moins réséquer la poche et j'aurais évité ainsi son sphacèle ultérieur. Aujourd'hui, évidemment j'agirais autrement.

Je terminerai par un mot de réponse à M. Monod : si, au cours de l'opération, j'ai exprimé le contenu du sac dans l'aorte, c'est qu'à tout moment je craignais, pendant les manœuvres de libération, de le voir se rompre sous mes doigts. J'avais d'ailleurs constaté, tant la paroi du sac était mince, que ce dernier ne contenait pas de caillots.

Présentations de malades.

Hypospadias périnéo-scrotal. Opération par le procédé de Nové-Josserand. Résultat au bout de dix mois.

M. C. Walther. — Le malade que je vous présente est un garçon de treize ans, qui était atteint d'hypospadias périnéo-scrotal.

En 1898, j'ai, dans un premier temps, fait le redressement de la verge, remettant à plus tard la réparation de l'urètre.

Le 25 mai 1901, je fis un urètre antérieur par le procédé de

Nové-Josserand. Par une petite incision, à 5 millimètres environ en avant de l'orifice périnéo-scrotal, une sonde cannelée fut enfoncée jusqu'au gland, décollant les téguments; puis un bistouri étroit glissé dans ce décollement perfora le gland pour sortir au centre de son extrémité antérieure, au siège d'un méat normal.

Un lambeau cutané de dimension suffisante fut enlevé sur la cuisse droite, fixé par un surjet de catgut fin sur une bougie n° 14, puis la bougie passée dans le canal creusé à travers la verge et le gland, et, aux deux extrémités, le bord du lambeau fixé par quelques points de catgut aux bords correspondants des lèvres du canal d'avivement.

Une sonde à demeure fut placée dans le segment postérieur de l'urètre pour éviter toute souillure du pansement par l'urine.

La greffe prit bien, le canal cutané fut pendant quelque temps le siège d'une exfoliation épidermique assez intense.

Pendant quatre mois, des cathétérismes furent faits assez régulièrement pour s'assurer de l'état du canal.

Il eut pendant longtemps tendance à se rétrécir, puis se calibra assez bien.

Le 5 octobre, près de cinq mois après la création de l'urètre antérieur, je fis le dernier temps de la cure, la fermeture de l'orifice périnéal, l'abouchement de l'urètre postérieur et de l'urètre antérieur.

La fermeture de cette fistule fut faite par dissection de deux petits lambeaux latéraux profonds et réunion de la peau pardessus ces lambeaux renversés sur une sonde, à l'aide des tubes de Duplay et de fils d'argent maintenus par des tubes de Galli.

Un point de suture à la partie postérieure s'entoura d'une petite escarre. Il se forma là une fistulette qui se ferma spontanément au bout d'une quinzaine de jours.

Pour maintenir le calibre de l'urètre dans de bonnes conditions et sectionner une petite bride au niveau de l'ancienne fistule périnéale, j'ai fait le mois dernier une urétrotomie, et j'ai continué la dilatation. Aujourd'hui on passe facilement une bougie n° 17, et l'urètre, bien calibré, ne semble plus avoir tendance à se rétrécir.

Au point de vue de la forme de la verge, le résultat est très bon. Le scrotum, primitivement dédoublé, est revenu au-dessous de la verge, qui ne présente de cicatrice d'incision à peine visible qu'au niveau de l'ancien orifice hypospadien. Le méat est bien situé, et on y voit nettement l'union de la peau qui forme l'urètre avec la muqueuse du gland.

M. Tuffier. — Je vous ai présenté il y a deux ans (séance du

14 mars 1900) un hypospade que j'avais opéré un an auparavant par le procédé de Nové-Josserand, avec un résultat excellent. J'ai revu ce malade à plusieurs reprises depuis : il continue à être très satisfait de son urètre, qui ne présente pas le moindre signe de rétrécissement.

M. Walther. — Le lambeau a été pris à la face antéro-interne de la cuisse, où les poils sont réduits au minimum.

Opération sous-astragalienne.

M. Chevalier présente un malade auquel il a fait une *amputation sous-astragalienne.* — M. Demoulin, rapporteur.

Pied bot double congénital. Varus équin. Opérations par l'ablation de tous les os du tarse, sauf une portion du calcanéum. Résultat datant de deux ans et demi.

M. J. Lucas-Championnière. — Le sujet que je présente, âgé de vingt-cinq ans, portait un double pied bot varus équin congénital d'une déformation aussi complète que possible. Les moules que je présente en donnent une idée satisfaisante.

Le 1er juin 1899, j'ai opéré le pied gauche.

Le 19 octobre 1899, j'ai opéré le pied droit.

J'ai opéré d'emblée et résolument en enlevant tous les os du tarse, le calcanéum excepté.

Puis j'ai même enlevé une part importante du calcanéum, plus importante sur un pied que sur l'autre, ainsi que la radiographie en fait foi.

C'est la méthode que j'ai adoptée depuis treize ans.

Antérieurement, j'enlevais les os du tarse seulement jusqu'à me donner un redressement suffisant en apparence.

Depuis et systématiquement, j'ai tout enlevé d'emblée pour constituer un tarse mou et malléable.

Dans 24 opérations (j'en ai 31 au total), j'ai obtenu les mêmes résultats, et dans la dernière même j'ai encore exagéré la résection du calcanéum, comme j'aurai l'occasion de vous le montrer.

Je ne fais aucune section tendineuse ou ligamenteuse.

Je ne fais porter aucun appareil inamovible, et je ne donne comme chaussures que des souliers à contreforts solides.

Le malade marche bien, avec un tarse solide sans mouvement de latéralité.

Il n'a jamais éprouvé ni gêne ni douleur.

La correction des deux pieds est bonne. Celle du pied dans lequel j'ai enlevé la plus forte partie du calcanéum est plus parfaite que pour l'autre pied.

Cet homme, qui marche bien et sans fatigue aujourd'hui, marchait péniblement à l'aide d'une canne avant l'opération.

Depuis l'opération, après la mobilisation méthodique qu'il a subie, dès le quatrième jour il a exercé son pied sans cesse.

La radiographie montre que, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, il n'y a aucune reproduction osseuse centrale.

Je pense que ma méthode, pratiquée aujourd'hui régulièrement depuis treize ans avec des résultats constants, à l'aide d'une simple incision dorsale, sans traitement secondaire, sans appareils spéciaux, est plus simple et plus sûre que toutes les méthodes opératoires du pied bot portant sur le squelette ou sur les ligaments.

M. Rochard. — Je suis toujours les préceptes de M. Championnière. J'ai opéré, il y a quelque temps, un malade à qui j'ai enlevé à peu près tout l'arrière-pied, comme chez le malade de M. Championnière, et le résultat a été excellent. Il y a cinq ans environ, j'ai enlevé sur un pied bot invétéré presque tout le calcanéum, le scaphoïde, le cuboïde et quelque peu des cunéiformes, et j'ai présenté le malade marchant parfaitement sur sa plante, à la Société de chirurgie. M. Kirmisson à ce moment m'a répondu que ce n'était plus un pied, à cause du raccourcissement que présentent toujours les pieds opérés ainsi, mais l'important est la fonction et non pas la forme.

M. Poirier. — Le résultat obtenu est suffisamment bon; il n'est point beau; si la fonction est à peu près satisfaite, la forme est défectueuse. J'ai opéré plusieurs pieds bots du même genre et j'ai obtenu de bons résultats par des résections cunéiformes ou par de simples ablations de l'astragale : les résultats vous ont été montrés.

Tout dernièrement, j'ai eu à traiter un varus si prononcé que c'était la face *dorsale* du pied qui portait sur le sol : la malade, femme âgée de quarante ans environ, était entrée dans mon service de Tenon, pour un hygroma suppuré développé au niveau de la tête de l'astragale et de la face dorsale du scaphoïde, points par lesquels le pied reposait sur le sol. Lorsqu'elle fut guérie de cet accident, je m'occupai du pied-bot. Ayant remarqué combien sont longs à revenir les mouvements de flexion du pied, quand on a supprimé l'astragale, je résolus de ménager la poulie astraga-

lienne. Je taillai dans le squelette tarsien un coin *horizontal*, à base dorsale, comprenant la partie inférieure de l'astragale, les facettes articulaires du calcanéum, le scaphoïde, et une partie du premier cunéiforme. L'ablation de ce coin me permit de remettre le pied en bonne position.

Je vous montrerai prochainement le résultat, qui paraît parfait.

M. Nélaton. — Le résultat opératoire présenté par M. Championnière est remarquable, et son procédé est excellent pour les pieds bots invétérés adultes. M. Championnière nous a donné une très bonne leçon en nous montrant ce cas, mais il ne faudrait pas prendre à la lettre ses préceptes pour les enfants et les jeunes gens au-dessous de vingt ans. Chez eux, l'opération économique est la meilleure : il faut sacrifier le moins possible de squelette.

M. Lucas-Championnière. — On pourrait discuter sur la qualité des pieds bots. Les congénitaux diffèrent beaucoup des pieds bots acquis. Les plus difficiles sont, comme celui que je présente ici, des varus francs.

Le raccourcissement du pied, qu'on reproche à ma méthode, est insignifiant, et on ne s'en rend guère compte qu'en mettant le pied malade à côté du pied sain, ce qui est impossible ici, puisque tous deux étaient difformes. En revanche, ils ont une voûte plantaire surélevée.

Au reste, le cas que je vous ai présenté est un des plus mauvais que l'on puisse voir. La question d'esthétique ici est absolument secondaire : le malade ne marchait littéralement pas, et vous voyez qu'aujourd'hui il marche bien. Son pied était tellement déformé que personne ne pourrait espérer le lui rendre beau.

Je voudrais revoir le cas de M. Poirier dans un avenir un peu éloigné. En outre, il s'agit pour lui d'un pied bot paralytique, dont la déformation est toujours bien autrement facile à corriger.

Présentation de pièces.

A propos de la séparation des urines et du diagnostic des lésions des reins.
Présentation de deux reins polykystiques.

M. Bazy. — La présentation de pièces que je fais est, en quelque sorte, le complément de la communication qui vous a été faite à la dernière séance.

Ce sont les reins de la malade atteinte de tumeur du rein gauche qui s'est infectée, et à qui j'ai fait l'ouverture de poches suppurées dans ce rein.

Cette observation est intéressante parce qu'il s'agissait d'une femme jeune, ayant les apparences d'une femme bien portante, et chez laquelle on n'aurait pas soupçonné l'existence d'une lésion aussi grave que celle que je vous présente, sans un examen approfondi, sans le secours du bleu de méthylène.

Quand j'avais examiné la malade, et que j'avais trouvé le rein gauche bosselé, volumineux, j'avais bien pensé qu'il était peu capable de remplir ses fonctions d'organe dépurateur,

En revanche, sentant le rein droit lisse, uni, peut-être un peu augmenté de volume, je supposais que ce rein était hypertrophié par compensation, et j'aurais pu, m'en rapportant à ces apparences, faire une néphrectomie.

Mais, avant de faire une opération, j'ai voulu savoir quelle était la valeur fonctionnelle de ce rein, et j'ai fait l'épreuve du bleu de méthylène; elle a été déplorable; l'urine n'a commencé à se teinter qu'au cinquième verre, et encore si faiblement que ça ne comptait pas. Quant au chromogène, il ne passait pas non plus.

J'étais d'autant plus surpris de ce résultat, ainsi que je viens de le dire, que la malade avait toutes les apparences d'une bonne santé; elle avait un certain embonpoint; elle était jeune, vingt-cinq ans. Je fis alors contrôler le résultat par l'épreuve de la phloridzine ; il fut aussi mauvais. Nous avons vu la réaction du sucre faible, mais prolongée depuis la première jusqu'à la quatrième demi-heure. Aussi ne me hâtai-je pas de l'opérer, et, de fait, je ne l'aurais sûrement pas opérée si je n'avais eu la main forcée par des accidents infectieux survenus du côté du rein atteint de tumeur, précisément à l'occasion de la séparation des urines, — et je me suis borné à ouvrir des poches suppurées.

En effet, la malade était entrée le 27 janvier, et je ne l'ai opérée que le 3 mars.

J'ai fait l'autopsie jeudi matin, le lendemain du jour où je vous ai annoncé sa mort.

Comme vous le voyez, le rein formant tumeur est un type de rein polykystique.

L'autre, le droit, est polykystique aussi, mais beaucoup moins augmenté de volume, un peu plus gros qu'un rein normal, — mais lisse, uni, donnant au toucher direct et surtout au toucher fait à travers la paroi abdominale la sensation d'un rein sain.

Eh bien, je vous le demande, qu'aurait donné le cathétérisme de l'uretère ? Il aurait probablement donné de l'urine à peu près semblable des deux côtés, comme coloration, comme compo-

sition, et peut-être comme quantité, et il eût été difficile d'en tirer aucune conclusion, tandis que, malgré toutes les apparences, l'épreuve du bleu et celle de la phloridzine étaient tout à fait démonstratives, à tel point que j'ai bien spécifié, en dictant l'opération, que je me bornais à ouvrir les collections suppurées, et à prélever une très minime portion de tumeur pour faire l'examen histologique (à peine un centimètre cube), faisant les plus expresses réserves au point de vue du pronostic. Elles se sont malheureusement réalisées et rapidement, comme c'est la règle en pareil cas.

Je ne peux pas, parce que, je ne sais pour quelle raison, l'analyse n'a pas été faite, vous indiquer la quantité des substances éliminées par le rein avant l'opération et l'infection. Mais voici l'analyse de l'urine faite après l'opération.

Volume en 24 heures.	380 centimètres cubes.	
Densité	1017	
Urée	20 gr. 24	par litre.
Acide urique	0,386	par litre.
Chlorures.	1,50	par litre.
Phosphates	2,20	par litre.

Par cette analyse, on peut voir que l'examen chimique n'eût certainement pas éveillé l'attention avant l'opération.

En revanche, ce cas montre bien l'importance de l'épreuve du méthylène, parce qu'il s'agissait ici d'une personne d'apparence tout à fait saine ; l'analyse de l'urine n'a aucune valeur, etc. J'estime que pour l'appréciation de la valeur fonctionnelle d'un rein, cela n'a pas d'importance. La quantité d'urée excrétée varie en effet avec les heures du jour et, avec les jours, suivant la nourriture, l'exercice, la fatigue, etc., etc.

Si on ne doit tenir compte que de l'analyse de l'urine, il faudra alors nous dire à partir de quelle chiffre la quantité d'urée excrétée par les reins devient suspecte. Or, cela, on ne nous l'a jamais dit, et on ne nous le dira pas, parce qu'on ne peut pas baser un pronostic ni un diagnostic sur la quantité d'urée éliminée, attendu que cette quantité d'urée est très variable, et varie avec la santé générale de l'individu, et la manière dont la nutrition de l'individu se fait, etc., etc. C'est pourquoi j'ai pu citer ici le fait d'une malade à qui notre collègue Albarran avait, après un cathétérisme d'uretère, refusé une néphrectomie et voulait faire la simple néphrotomie. Or, moi, après l'épreuve du bleu, j'ai fait la néphrectomie, et la malade s'en est bien trouvée (1).

(1) *Société de chirurgie*, 31 juillet 1901.

J'ai montré ici que M. Albarran avait enlevé un rein qui sécrétait 23 grammes d'urée, alors que le rein qu'on avait laissé en place n'en sécrétait que 17 grammes (1).

C'est pourquoi je proteste contre cette phrase par laquelle débute la communication de M. Albarran : « L'utilité, reconnue par la grande majorité des chirurgiens, de l'examen comparé de l'urine de deux reins, etc. ». C'est la séparation et non l'examen comparé.

Cette séparation ne serait utile que pour les cas où on veut établir la qualité de l'urine, savoir si l'urine qui s'écoule d'un uretère est trouble ou limpide, si elle est sanglante ou si elle ne l'est pas; il ne faut pas demander autre chose aux méthodes de séparation de l'urine, qu'il s'agisse du cathétérisme des uretères, qu'il s'agisse de séparation des urines, et c'est bien assez.

Or, les cas dans lesquels cette séparation est nécessaire sont excessivement rares : je dis que les cas dans lesquels il est pratiquement indiqué de faire cette séparation sont absolument exceptionnels. On nous parle de de centaines cas de cathétérisme des uretères, et c'est à peine si de loin en loin on vient nous parler d'une lésion rénale diagnostiquée grâce au cathétérisme de l'uretère; et encore, quand il se trouve que le malade a pu être examiné par un autre chirurgien, il arrive, comme par hasard, que ce chirurgien avait fait le diagnostic du siège de la lésion auparavant, sans le secours du cathétérisme urétéral.

Et à ce sujet, je me permets de vous citer un petit fait qui m'a semblé tout à fait typique.

J'avais le plaisir de recevoir dans mon service un chirurgien étranger à Paris et qui pratique le cathétérisme de l'uretère, auquel il paraît attacher de l'importance.

Je lui ai montré une des malades dont il a été question dans ma dernière communication, dont on sentait l'uretère droit, et qui avait le réflexe urétéro-vésical si net, sans que son rein fût douloureux ni augmenté de volume; il était devenu légèrement douloureux depuis la séparation des urines; il ne l'était pas auparavant.

Or il ne trouvait pas l'uretère et a dû me dire qu'il ne le croyait pas là où il a fini par le sentir; il a en outre déterminé nettement le réflexe urétéro-vésical dont il connaissait l'existence mais qu'il ne paraissait pas utiliser.

En voyant qu'il négligeait ces moyens simples, faciles, innocents, de faire un diagnostic du siège droit ou gauche d'une lésion rénale, et qu'il maniait si facilement le cathéter urétéral, j'ai été aussi surpris que je l'eusse été s'il m'avait dit qu'il faisait le diagnostic

(1) *Société de chirurgie*, 1900, p. 296.

de fibrome utérin ou de salpingite par la laparotomie exploratrice, et je continue à être surpris de voir faire le cathétérisme de l'uretère dans les cas de pyonéphrose. A quoi sert-il alors? à faire le diagnostic? Mais il est fait. A diagnostiquer l'état de l'autre rein? à connaître la valeur fonctionnelle de l'autre rein? Mais rien ne peut mieux la donner que le bleu et la phloridzine. En faisant donc le cathétérisme de l'uretère, on fait une opération inutile.

Je le répète, la méthode de séparation des urines ne peut donner sérieusement qu'une chose : la qualité de l'urine ou la différence de qualité de l'urine de l'un ou de l'autre rein. Or, je le répète encore : les cas dans lesquels la qualité de l'urine ne pourra pas être connue à l'avance, les cas dans lesquels on ne pourra pas dire d'avance, en présence d'une hématurie rénale, de quel côté vient le sang, sont exceptionnels. Les cas de pyurie rénale dans lesquels on ne pourra pas dire de quel côté vient le pus sont aussi exceptionnels, et, avant de faire le cathétérisme, dans ces cas, je ferais la cystoscopie, si je n'avais pu auparavant appliquer le séparateur.

Dans tous les cas où le cathétérisme urétéral serait indiqué, on peut le remplacer par la cystoscopie, qui permettra de voir le sang ou le pus sortir par l'orifice de l'uretère, et, s'il ne sort pas facilement, on pourra en faciliter la sortie par l'expression du rein : un aide comprimera ou cherchera à comprimer le rein, pendant qu'on regardera par le cystoscope l'orifice de l'uretère correspondant.

Mais, je le répète, tous ces cas sont exceptionnels, et, pour mon compte, je n'ai guère employé la cystoscopie que comme un moyen d'instruction et de justification, vis-à-vis de mes élèves, de diagnostics déjà faits par les autres moyens.

Le Secrétaire annuel,
P. BAZY.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 19 MARS 1902

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

Les corrections trop tardives et trop nombreuses demandées au dernier moment par l'un des orateurs de la dernière séance n'ayant pas permis au Bulletin de paraître à temps, la rédaction du procès-verbal de la séance du 12 mars sera mise aux voix mercredi prochain seulement.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Tuffier qui, retenu par le concours de l'internat, demande un congé de six semaines.

3°. — Une lettre de M. Gérard Marchant qui demande un congé d'un mois pour raisons de santé.

4°. — Une lettre de M. Sébileau, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société.

5°. — Une lettre de M. Lannelongue, président du Comité national français du premier Congrès égyptien de Médecine, invitant le président de la Société de chirurgie à désigner une délégation chargée de nous représenter à ce congrès.

6°. — Une lettre de M. Liard, directeur de l'Enseignement supérieur, nous informant que le Ministère de l'Instruction publique vient de prescrire l'ordonnancement d'une subvention de 500 francs à la Société de chirurgie.

7°. — Un travail de M. A. Cange (de Constantine), intitulé : « *Péritonite par perforation du duodénum. Laparotomie. Mort* ». Le travail de M. Cange est renvoyé à une commission, dont M. Lejars est nommé rapporteur.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

M. Poirier. — Je devais demander la parole à l'occasion du procès-verbal sur le traitement des anévrismes de l'aorte. Il m'est impossible de le faire, parce que je n'ai pas reçu hier soir le Bulletin, comme nous avons l'habitude de le recevoir.

Je demanderai pour quelle raison le Bulletin n'a pas été livré, s'il y a eu erreur de la poste, ou bien s'il existe une autre cause de retard.

M. le Secrétaire annuel. — J'ai reçu hier soir à quatre heures et demie, par le téléphone, un avis de l'imprimeur me disant que le Bulletin ne pourrait être mis à la poste que très tard dans la soirée, parce que la composition du Bulletin avait été mise en retard par les corrections apportées au dernier moment sur la mise en pages par M. Tuffier dans sa communication.

M. Tuffier a demandé la communication des épreuves samedi soir, il les a rendues lundi matin, et le travail qui a été rendu nécessaire par les corrections apportées par M. Tuffier à sa communication, a nécessité une journée et demie. C'est là la raison que je puis donner du retard apporté à l'envoi du Bulletin.

L'imprimeur a pensé ainsi dégager sa responsabilité; je tiens aussi à dégager la mienne.

M. Picqué. — M. Bazy a bien voulu nous renseigner sur les causes du retard apporté à l'envoi du Bulletin, retard très regrettable, puisqu'il nous empêche d'apporter à la rédaction du procès-verbal des observations possibles.

Qu'il me permette toutefois de m'étonner que des corrections aient exigé un temps aussi long.

Quand on a changé le mode de publication du Bulletin, un des arguments présentés contre l'ancien système a été que parfois des remaniements tels étaient apportés dans la rédaction des mémoires, que la lecture des discussions en devenait incompréhensible, et il a été convenu que dans le nouveau système ces remaniements ne seraient plus acceptés et que les corrections matérielles seules seraient admises. C'est pourquoi je m'étonne que dans ces conditions un pareil délai ait été nécessaire.

M. Broca. — Il est très facile d'éviter le retour d'un pareil incident : il n'y a qu'à appliquer le règlement que nous avons voté. Les auteurs ont droit à la correction *en placards*, et on en tient compte seulement si elle est retournée pour le samedi matin. Quant à la deuxième correction, celle *de la mise en pages*, elle ne doit appartenir qu'au Bureau, et notre rôle consiste à donner ordre à l'imprimerie qu'on ne communique pas la mise en pages aux auteurs ; ce qui, je vous le répète, est le règlement.

M. le Président. — Il est convenu qu'on doit s'en tenir aux corrections matérielles, et on donnera des ordres à l'imprimeur pour qu'il ne délivre pas aux auteurs les épreuves de la mise en pages.

Discussion.

Sur le chloroforme.

M. Poirier. — Le résumé que je dois vous présenter des nombreuses communications faites ici à la suite de l'observation de mort par chloroforme que je vous ai communiquée sera bref. Il est inutile de vous faire entendre à nouveau des choses sur lesquelles tout le monde est d'accord, et qui ont été ici même bien dites et bien redites.

La première impression qui se dégage de la lecture de vos diverses communications est que la mort par chloroforme est encore assez fréquente, trop fréquente. Je n'oserais hasarder, en l'absence de données précises, un chiffre statistique ; mais celui qui est accepté couramment, un sur trois mille, je crois, est certainement au-dessous de la vérité.

Cependant, à la presque unanimité, vous restez fidèles au chloroforme. La plupart de ceux d'entre nous qui ont essayé l'éther sont revenus au chloroforme ; un seul continue l'usage de l'éther, qu'il fait administrer par ses internes.

En grande majorité, vous n'associez point les anesthésiques. Le bromure d'éthyle, qui avait eu ici quelques fervents, n'en compte plus qu'un seul ; encore ce dernier limite-t-il son emploi à quelques inhalations au début de l'anesthésie pour combattre les réflexes. Par contre, vous avez entendu deux plaidoyers chaleureux en faveur du chlorure d'éthyle, employé pour obtenir en quelques inhalations un sommeil ou tout au moins une analgésie

que l'administration du chloroforme continue. Ce procédé, très expéditif, demande, semble-t-il, la sanction de l'expérience.

Vous avez répété que les accidents par chloroforme se présentent sous deux formes : le réflexe inhibiteur paralysant le cœur au début de l'anesthésie; la syncope respiratoire se présentant au cours de l'anesthésie. Le premier accident a été, jusqu'ici, fatalement mortel; on triomphe souvent du second par des moyens divers, au premier rang desquels il faut placer la respiration artificielle.

L'exemple de syncope cardiaque survenant en cours d'opération, que je vous ai présenté, est resté unique.

La question des indications et contre-indications provenant de l'état du cœur a été longuement traitée par vous. Vous avez conclu que les lésions compensées permettaient l'administration du chloroforme et que les lésions du myocarde ou de sa séreuse exigeaient une extrême prudence, lorsque leur diagnostic avait pu être établi.

Une chose n'a point été dite; j'incline à croire qu'elle a été pensée : c'est que la plupart des accidents chloroformiques relèvent plus du mode d'administration de l'anesthésique que de sa constitution chimique, si difficile à fixer. Ce que l'on n'a point dit à ce sujet s'est cependant manifesté dans la tendance affirmée par plusieurs d'entre vous à ne confier le chloroforme qu'à des aides spécialisés dans le maniement de cet anesthésique.

Je ne crois pas me tromper en disant qne cette pratique, excellente et reposante, n'a pas été acceptée par la majorité, alléguant les difficultés d'exécution et la nécessité de l'instruction de nos futurs praticiens.

Ceci dit, sur ces points principaux du sujet, permettez-moi, Messieurs, de rappeler votre attention sur un point de l'observation que je vous ai présentée, point qui en constituait l'essence et, si j'ose dire, l'originalité.

M'étant trouvé en présence d'un cas de mort subite par syncope cardiaque, j'eus l'idée, après l'échec de tous les moyens ordinaires, de fendre le centre phrénique pour prendre le cœur, et essayer par des manipulations rythmiques de provoquer le réveil de ses contractions. Cette excitation directe du cœur n'est point chose nouvelle : elle a été pratiquée déjà plusieurs fois en des circonstances analogues, et dans un cas on aurait vu les battements du cœur reprendre pour quelques heures. Elle n'est que l'application à l'être humain d'un procédé auquel les physiologistes ont fréquemment recours et qui compte à son actif un certain nombre de succès.

Jusqu'ici les chirurgiens qui, à l'exemple de Schiff, ont essayé

les massages du cœur dans les cas de mort par chloroforme ont tous procédé de la même façon, réséquant les 5e et 6e côtes pour ouvrir le péricarde, après avoir traversé la plèvre, au prix d'un pneumothorax qui se produit fatalement. J'ai procédé autrement; j'étais dans le ventre, le centre phrénique s'offrait à moi, il me parut infiniment plus simple de fendre le péricarde pour prendre le cœur de la morte et essayer de la ressusciter.

Je n'avais point médité cette manœuvre, j'ignorais même qu'elle eût été conseillée par notre collègue Mauclaire (*Gazette des hôpitaux*, jeudi 5 décembre, page 1348); mais, à la réflexion, elle m'apparaît comme la plus simple, la plus rapide et la meilleure lorsque l'on se résignera à recourir à ce moyen héroïque, le massage du cœur, dans des circonstances semblables ou analogues à celle dans laquelle je l'ai pratiqué.

M. LE PRÉSIDENT. — La discussion sur la chloroformisation est close.

A l'occasion du procès-verbal.

Anévrisme artério-veineux du sinus caverneux. Ligature de la carotide primitive. Traitement consécutif par le sérum gélatiné. Guérison.

M. P. REYNIER. — Messieurs, l'autre jour, M. Tuffier et quelques-uns de mes collègues émettaient des doutes sur les secours que pouvait rendre le sérum gélatiné préconisé par MM. Lancereaux et Paulesco dans le traitement des anévrismes. Je viens, cependant d'observer une malade sur laquelle le sérum gélatiné s'est montré très efficace et a contribué à la guérison. Je crois donc intéressant de vous rapporter ce cas, qui vous montrera les ressources que nous pouvons tirer du traitement gélatiné.

Il s'agissait d'une malade âgée de quarante et un ans, qui, le 2 *juin* dernier, en s'appuyant contre la barre d'appui d'une fenêtre située au deuxième étage, était, la barre d'appui cédant, tombée de cette hauteur sur la tête, portant dans sa chute contre une marche d'escalier au rez-de-chaussée.

On releva la malade sans connaissance, et on constata une plaie ecchymotique de la région fronto-pariétale droite, à 10 centimètres de la tempe droite.

Le lendemain, la malade commençait à reconnaître les personnes qui l'entouraient, mais elle avait un incessant bourdonnement d'oreilles. Cependant, quelques jours après, on notait un écoulement par le nez d'un liquide roussâtre, que le médecin traitant, le Dr Coumétou, pensa être du liquide céphalo-rachidien. Il s'était produit une large ecchymose sous-orbitaire, et, d'après tous ces symptômes, le diagnostic de fracture du crâne de la base avait été *porté*.

Quinze jours après son accident, la malade se levait, et on la croyait guérie. Elle se plaignait bien de bourdonnements d'oreilles; mais, comme elle avait l'ouïe dure, on n'y faisait pas attention.

Le 2 juillet, un mois après son accident, elle ressentit quelques douleurs dans son œil droit.

Le 5 juillet, l'œil, jusqu'alors normal, présente un léger degré d'exophtalmie, la conjonctive oculaire est un peu injectée, les paupières sont normales. Pendant les jours suivants, l'exophtalmie augmente ; la congestion de la conjonctive oculaire est plus accentuée, la douleur est presque nulle. Mais la malade se plaint de plus en plus de son bourdonnement d'oreilles.

Le 10 *juillet*, apparition de strabisme interne du côté droit. L'œil droit ne peut plus se tourner en dehors; le muscle moteur oculaire externe est relâché, ne peut plus se contracter.

La vision est diminuée; il y a de la diplopie; l'exophtalmie augmente, ainsi que la congestion de la conjonctive.

Le Dr Despagnet, qui est appelé par le Dr Coumétou, trouve les ciliaires longues dilatées, ainsi que les veines rétiniennes. Il entend un bruit de souffle. A l'auscultation de la tête, il diagnostique un anévrisme artério-veineux du sinus caverneux.

La malade se plaignait alors énormément de céphalalgie et d'un bruit continuel métallique ressemblant, d'après elle, au bruit que l'on entend quand on frappe un gong.

Ce bruit, très intense, l'empêchait de dormir.

A l'auscultation des régions orbitaire, temporale et pariétale, on percevait nettement l'existence d'un bruit de souffle énorme, continu, avec augmentation systolique.

Si on comprimait la carotide primitive du côté droit, le bruit cessait, et on n'entendait plus qu'un léger ronflement pendant quelque temps.

La compression de la carotide gauche était sans effet ; le bruit de souffle continuait, mais, néanmoins, chose importante, l'intensité du souffle paraissait extrêmement diminuée.

La malade, très abattue, demandait avec instance une intervention qui fît disparaître le bruit de souffle extraordinaire qui l'empêchait de prendre du sommeil.

C'est alors que je fus appelé par le Dr Coumétou, et que je proposai la ligature de la carotide primitive, qui fut acceptée.

Je faisais cette ligature sous chloroforme le 13 *août* : ligature double à la soie.

Aussitôt la ligature posée, le souffle intra-cranien ne s'entendait plus à l'auscultation de la tête.

A la suite de cette ligature, la malade a, pendant vingt-quatre heures, un léger degré d'aphasie ; elle se trompe de mots ; elle accuse pendant ce temps des fourmillements dans le bras, du côté gauche, et une légère parésie.

Mais ces symptômes disparaissent vite, et, quarante-huit heures après, la malade s'exprimait bien, disait aller très bien, ne plus avoir de bourdonnements d'oreilles ; l'exophtalmie était très diminuée, mais le strabisme persistait, et la malade se plaignait de voir moins clair qu'avant son opération.

Les suites de l'intervention se passent normalement ; pas de suppuration. La malade quittait la maison de santé le 29 août. Elle voyait plus clair qu'après l'opération, mais pourtant moins qu'avant son opération. Elle n'avait aucun trouble de motilité. Elle n'avait plus de bourdonnements, et nous croyions à sa guérison complète, lorsque, le 1er septembre, la malade ayant repris ses occupations, l'œil se réinjecte un peu.

Le 2 *septembre*, à 11 heures du soir, le Dr Coumétou, à l'obligeance duquel je dois la rédaction de toute cette observation, trouve la malade très abattue, la face pâle, le pouls petit, régulier, 105 pulsations.

Les extrémités sont froides. Elle éprouve une sensation d'étouffement, de tendance à la syncope. Elle a des tremblements continuels de tous ses membres, et est en proie à un délire tranquille.

Le regard est vague, un peu hébété, fixe. Elle ne parle pas et répond à peine aux questions qu'on lui adresse. Elle se plaint de bourdonnements d'oreilles analogues à ceux qu'elle ressentait avant son opération. A l'auscultation de la tête on trouvait un souffle assez rude, presque en jet de vapeur isochrone à la systole cardiaque.

C'est dans ces conditions que le Dr Coumétou me rappelle. Je trouve avec lui le bruit de souffle revenu ; cependant, la ligature est restée en place. Au-dessus de la ligature, aucun battement n'est sensible dans la carotide, qu'au-dessous de la ligature on sent battre très nettement.

A gauche, la carotide bat régulièrement. Sa compression fait cesser le souffle anévrismal. Elle est bien supportée pendant quelques instants par la malade. Evidemment, l'anévrisme s'était reformé par le fait de l'apport du sang par la carotide du côté opposé.

Nous pensions devoir tenter la ligature de cette carotide gauche. Mais la gravité de l'opération nous fait hésiter. Et c'est alors que je propose au Dr Couméton, qui l'accepte, d'avoir recours au sérum gélatiné, en même temps que je lui faisais mettre de la glace sur la tête.

Le 4 *septembre*, le Dr Coumétou faisait une première injection intramusculaire de sérum gélatiné à 10/1.000 de 5 centimètres cubes, avec les ampoules de Chevrotin et Lematt. Cette injection est répétée tous les deux jours.

Le 10 *septembre*, après trois injections, la malade se sentait mieux. A l'auscultation, le souffle avait sensiblement diminué. L'exophtalmie était moins prononcée.

Le 14 *septembre*, à la suite de quatre injections, le souffle était devenu très faible et ne s'entendait plus que d'une manière intermittente.

Le 15 *septembre*, la malade, à la suite de sa cinquième injection, n'entendait plus de bruit dans la tête, et nous ne percevions plus de souffle à l'auscultation.

Mais le lendemain de notre visite, la malade était reprise d'une crise analogue à celle qui avait marqué le retour du souffle. La nuit a été mauvaise. Le sommeil est interrompu par des palpitations de cœur, des sueurs froides abondantes ; tendance à la lipothymie. En même temps, le bourdonnement d'oreilles et le souffle anévrismal reparaissaient, affolant la malade qui le perçoit. Pouls, 120 ; temp., 37°05.

Cette crise ne dure qu'un jour. Le lendemain, la malade, sauf son bruit de souffle qui persistait, allait bien, et le Dr Coumétou lui fait une sixième piqûre de sérum gélatiné de 5 centimètres cubes.

Le soir même de la piqûre le souffle disparaissait. Le Dr Coumétou, qui le recherche, ne le retrouve plus.

On continue, toutefois, les injections de sérum, et on lui en fait une le 19 septembre, de 10 centimètres cubes.

Le 22 *septembre*. — Il y avait sept jours qu'on n'entendait plus rien, lorsque, dans la nuit, vers 2 heures du matin, la malade est prise de tremblements dans les bras, dans les jambes, accompagnés de sueurs abondantes, de sensation de vertige, de lourdeur d'estomac.

Le matin, le Dr Coumétou la trouve dans un état d'abattement complet, la face pâle, les yeux hagards, divaguant presque, incapable d'un raisonnement suivi. Elle a l'aspect d'une personne atteinte d'un début d'aliénation mentale.

Toutefois, on ne trouve *aucun* bruit de souffle perceptible à l'auscultation, en se servant du stéthoscope.

Dans la journée, l'agitation de la malade augmente. Elle a envie de se jeter par la fenêtre.

Nous nous demandons si ces troubles cérébraux sont liés à la ligature de la carotide, à la gêne de la circulation centrale, ou si nous n'avons pas là un délire post-opératoire, la malade ayant été impressionnée au moment de son opération, et n'étant allée dans la maison de santé qu'avec une très grande appréhension.

Nous lui ordonnons, avec le Dr Coumétou, la glace sur la tête, et faisons prendre une potion bromurée, le régime lacté.

23 *septembre*. La malade étant plus calme, nous lui faisons faire une huitième injection de sérum gélatiné. Le bruit de souffle n'a toujours pas reparu.

26 *septembre*. La malade s'étant levée, de nouveau elle se plaint de bourdonnements d'oreilles et d'un bruit qu'elle ressent dans la tête, bruit qu'elle compare à celui que font les scieurs de pierre avec leur scie.

En effet, à l'auscultation du pariétal droit, on entend un bruit de souffle doux lointain, continu, avec renforcement à la systole cardiaque et synchrone aux battements artériels. C'est le souffle anévrismal absent depuis dix jours qui a reparu.

On lui pratique immédiatement une injection de 10 centimètres cubes de sérum gélatiné.

Cette injection est suivie, comme les précédentes, de l'amélioration rapide des symptômes. Le soir, le souffle avait considérablement diminué, la malade était calme.

27 *septembre*. Le lendemain, la malade declare ne plus entendre de bruit de souffle. Cependant, à l'auscultation, on entendait encore un souffle lointain.

Je conseille de faire des injections plus rapprochées, et, du 27 septembre au 2 octobre, on fait trois injections de 10 et 20 centimètres cubes de sérum.

2 *octobre*. Le souffle, très léger, était encore, néanmoins, perceptible sur un point limité exactement au-dessus de l'oreille droite, sur le pariétal.

4 *octobre*. Mais ce souffle disparaît par moments, puis revient quand on fait faire un effort à la malade, qu'on lui dit de tousser.

Devant cette persistance, je prends conseil du Dr Paulesco, qui m'engage à faire une injection de 200 centimètres cubes de sérum à 5 p. 100, comme il les pratique pour les gros anévrismes de l'aorte. Nous faisons, en effet, avec le Dr Dumont, cette injection le 5 octobre, en prescrivant après l'injection deux cachets d'aspirine de 50 centigrammes pour empêcher la petite élévation de température qui suit souvent les injections à si haute dose.

A la suite de l'injection, la malade a eu la nuit un peu agitée. Elle dit avoir eu de la fièvre. Le Dr Lebon, qui remplace M. Coumétou, lui trouve le pouls à 100, la température à 37°8, un peu de somnolence. Le souffle persiste, toutefois diminué.

10 *octobre*. Nouvelle crises d'excitation pareille à celles que nous avons notées précédemment. Face pâle, pouls petit; tremblements des bras, des jambes; sifflements dans les oreilles; extrémités froides. Repos au lit, glace sur la tête, régime lacté, — et on proscrit toutes les visites, — qui, depuis quelques jours, devenaient trop nombreuses et fatiguaient la malade.

11 *octobre*. La malade va mieux. Le souffle anévrismal, très diminué, n'a pas disparu.

17 *octobre*. La malade dit percevoir son bruit de scie dans l'oreille, et, en effet, le souffle, qui avait disparu, est revenu, et, à l'auscultation avec le stéthoscope, en le cherchant avec soin, on le perçoit. Nous conseillons alors de refaire une nouvelle injection de sérum gélatiné de 100 centimètres cubes.

A la suite, nuit agitée. Le souffle persiste très atténué.

20-21 *octobre*. Souffle anévrismal presque imperceptible.

22 *octobre*. Apparition des règles de la malade. Comme le fait remarquer le Dr Lebon, qui prend l'observation en l'absence du Dr Coumétou, les règles viennent, mais très diminuées, intermittentes. Le sang menstruel, au lieu d'être comme d'habitude rouge, est noir; il se dépose en forme de caillots très fins, très noirs, au fond du vase où la malade urine.

23 *octobre*. La malade se sent bien. Elle se lève un peu. Le souffle est, depuis la dernière piqûre, devenu presque imperceptible. Pour

l'entendre, il faut le silence absolu, et faire respirer deux ou trois fois la malade fortement.

5 *novembre.* La malade va de mieux en mieux, elle s'occupe de ses affaires. On n'entend plus, malgré la plus méticuleuse auscultation, de bruit de souffle, ni dans la région pariétale, ni dans la région temporale, ni dans la région orbitaire. Nous cherchons vainement avec le Dr Coumétou.

12 *novembre.* Le mieux s'est continué. Il n'y a pas d'exophtalmie, pas de souffle. La paralysie du moteur oculaire externe et la faiblesse de la vision de ce côté sont les seules preuves de l'ancien accident.

Le Dr Despagnet, qui pratique l'examen ophtalmoscopique, trouve une légère mydriase; la pupille réagit peu à la lumière. Elle réagit beaucoup plus quand on excite l'autre côté; les ciliaires longues sont dilatées. Il y a dilatation veineuse rétinienne, et M. le Dr Despagnet, comme nous, ne perçoit ni souffle, ni bruits, ni pulsations à l'auscultation du crâne.

1er *décembre.* Le souffle n'avait pas reparu. La malade ayant repris ses occupations, nous la considérons comme guérie. Cette guérison s'est, en effet, maintenue, car le bruit de souffle n'est pas reparu. J'ai eu encore dernièrement des nouvelles de la malade, me remerciant et me disant que tout continuait à bien aller.

Telle est cette observation, qui montre, d'une façon indiscutable, combien nous pouvons tirer profit, en cas d'anévrisme, des injections de sérum gélatiné, que MM. Lancereaux et Paulesco ont eu le mérite de nous faire connaître.

Rapport.

Phlegmon gangreneux du scrotum par appendicite herniaire. Fistule stercorale persistante. Intervention. Guérison,
par M. Morestin.

Rapport par M. LEGUEU.

L'appendicite herniaire est commune; chaque cas nouveau qui se présente nous montre combien ses modalités sont variables, et ses allures différentes. A ce point de vue l'observation que M. Morestin nous a lue dernièrement est fort intéressante : elle a trait à un phlegmon gangreneux et grave du scrotum qui fut causé par une appendicite herniaire, avec fistule stercorale persistante. Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport à ce sujet; il sera court. Le voici :

Je cite d'abord, et à peu près textuellement, l'observation de M. Morestin :

Il s'agit d'un homme de soixante-deux ans, Alexandre L..., fumiste, entré le 21 juin à l'hôpital Saint-Louis. Depuis plus de dix ans, on avait constaté chez lui l'existence d'une hernie inguinale droite, réductible, pour laquelle il portait un bandage. Les médecins et bandagistes qui eurent à l'examiner ne lui firent aucune remarque particulière au sujet de sa maladie, et selon toute vraisemblance on crut toujours à une hernie absolument banale. Lui-même avait toujours éprouvé un réel soulagement au port de son appareil, et se préoccupait seulement de le faire renouveler quand il était usé, n'ayant eu pendant cette longue période aucun accident du côté de sa hernie. Or, un mois à peu près avant son entrée à l'hôpital, vers la fin de mai, il se produit sans cause apparente un léger gonflement de la bourse droite. La région est douloureuse, mais modérément. L... met simplement de côté son bandage, dont la pression est pénible, et continue son travail. Les phénomènes inflammatoires augmentent pendant quelques jours, puis survient une régression. Mais, après une très courte accalmie, nouvelle poussée, beaucoup plus bruyante et plus grave. Dur à lui-même, et aussi fort négligent, L... laissa aller les choses, et, voulant « finir sa semaine », s'occupe encore la veille de son arrivée à Saint-Louis. Son état est alors des plus tristes, des plus alarmants. Il a passé une nuit mauvaise, extrêmement agitée, la température est de 39 degrés et le facies donne immédiatement cette impression défavorable qu'on éprouve en présence des grands infectés.

Le scrotum est gros comme une tête d'enfant de un à deux ans; dans presque toute son étendue il est noirâtre, d'un rouge sombre vers sa partie supérieure.

En divers points la surface noirâtre est sillonnée de fissures et de craquelures dont les bords offrent une teinte verdâtre ou gris sale. Par ces solutions de continuité coule un liquide gris jaunâtre, sorte de pus mal lié et d'odeur absolument infecte. La pression même légère est fort douloureuse dans la partie encore rouge, et, comme il fallait s'y attendre, presque insensible au niveau de la vaste plaque noirâtre évidemment mortifiée. Cette exploration révèle un signe autrement important : une crépitation fine, indiquant la présence de gaz dans toute l'étendue du scrotum. Nous nous trouvons en somme en présence d'un phlegmon gangreneux, gazeux et diffus des bourses.

Il était moins aisé d'en établir le point de départ. Il n'y avait aucune difficulté de la miction, le malade n'avait jamais rien eu du côté des voies urinaires, le périnée était parfaitement souple et indolent, la verge n'était point tuméfiée : il ne s'agissait donc pas d'une infection d'origine urinaire.

Le commémoratif hernie faisait plutôt songer à un de ces terribles phlegmons consécutifs à la gangrène herniaire. Cependant il n'y avait eu et il n'y avait encore aucun signe d'étranglement, le malade expulsant par l'anus gaz et matière, et n'ayant pas vomi une seule fois. Tou-

tefois, l'exploration de la région inguinale à droite permettait de sentir une sorte d'empâtement profond; si vague que fût cette constatation, on arrivait néanmoins à établir qu'il y avait une différence entre ce que donnait la palpation de ce côté et du côté gauche. Je fus alors amené, dit M. Morestin, à faire les trois hypothèses suivantes : pincement latéral de l'intestin, hernie d'un diverticule de Meckel, hernie de l'appendice; l'un quelconque de ces organes était étranglé, perforé, et avait déterminé l'infection du tissu cellulaire scrotal. Naturellement, je m'arrêtai plus volontiers à l'idée d'une hernie de l'appendice, en raison même de la fréquence relative avec laquelle on rencontre l'appendice dans les hernies droites. Je fis séance tenante d'énormes et multiples incisions sur ce scrotum prodigieusement tuméfié, de manière à établir des tranches limitées par des sections méridiennes. Par toutes ces brèches s'écoulèrent du pus infect, un liquide roussâtre, et s'échappèrent des gaz, qu'on voyait sourdre de partout sous les nappes liquides. Une des incisions ouvrit la vaginale, qui se vida d'un contenu purulent et laissa voir le testicule couvert de fauses membranes gris verdâtre. Au milieu des tissus sphacélés, je ne reconnus point l'appendice, que d'ailleurs je me gardai bien de chercher longuement. Le patient n'avait pas été anesthésié : il n'éprouva pour ainsi dire aucune souffrance, et nous laissa faire, indifférent à ce qui se passait.

Traitées par les pulvérisations phéniquées, les applications de poudre de Championnière, les plaies commencèrent bientôt à se déterger; la mauvaise odeur diminua, une grande partie du scrotum s'élimina par lambeaux, tandis que la fièvre tombait graduellement et que l'état général s'améliorait. On put enfin constater le déchet; la moitié droite des bourses était pour ainsi dire complètement détruite; de ce côté, le testicule restait exposé. Il s'était couvert de bourgeons charnus, et formait une saillie comparable à celle qu'on voit dans le « fongus ». Cette saillie était presque pédiculée, enserrée au niveau de son hile par les tissus de nouvelle formation et les débris rétractés de la bourse correspondante. Au-dessus et plus en dehors se voyait, au milieu d'une plaie couverte de bourgeons charnus qui s'étendait par en bas jusqu'au testicule et se confondait avec sa surface granuleuse, un petit mamelon d'un rouge plus vif, déprimé à son centre, et couvert d'un mucus glaireux. On reconnaissait sans hésitation dans cette éminence la muqueuse intestinale éversée, avec sa surface lisse et couverte de mucus, sa coloration spéciale. Un stylet s'y enfonçait à 10 centimètres de profondeur, se dirigeant en haut et en dehors, et pénétrant dans le trajet inguinal. En surveillant cet orifice, on vit sourdre de temps à autre des matières fécales solides et étirées en vermicelle. Puis, le malade ayant eu la diarrhée, des matières liquides coulaient en abondance par ce pertuis. Peu à peu, la muqueuse s'éversant, s'évaginant de plus en plus, le mamelon fit une saillie plus considérable et prit une forme cylindro-conique, son volume étant comparable à celui du petit doigt. Ces constatations nous confirmaient de plus en plus dans cette idée qu'un diverticule de l'intestin avait été le point de départ des accidents. La saillie muqueuse, visible à l'extérieur, nous parut devoir être

considérée comme le moignon d'un appendice, dont l'extrémité libre se serait sphacélée et éliminée. Cependant, la plaie diminuait peu à peu. Vers le milieu d'août, il me sembla avoir obtenu tout ce qu'on pouvait attendre du travail de réparation spontanée. Le testicule et la fistule stercorale demeuraient dans l'état que nous avons décrit plus haut; la plaie qui les réunissait s'était rétrécie dans tous les sens et considérablement réduite. Elle n'avait plus que 5 ou 6 centimètres de long sur 3 centimètres de large. C'était le moment de tenter quelque chose pour arriver à la guérison définitive.

Le 16 août, après avoir bien nettoyé avec une forte curette toute la surface du testicule et de la partie sous-jacente de la plaie, détruit toute la couche de bourgeons charnus, je procédai à la triple opération suivante :

1° Le mamelon fut détaché par une incision circulaire libre, isolé, attiré, reconnu pour être un moignon d'appendice. Un des premiers coups de bistouri ouvrit le sac herniaire, dans lequel était contenu cet appendice. Le sac descendait jusqu'au testicule. A l'extérieur, il était en rapport avec la surface non cicatrisée; à l'intérieur, son extrémité semblait fermée par des adhérences de formation récente. Le trajet inguinal incisé, l'appendice fut suivi jusqu'au cæcum. Il était extrêmement long, cet appendice, long de 12 centimètres, sans préjudice du bout qu'il avait dû éliminer et du retroussis de l'extrémité restée adhérente aux ligaments. Il était gros comme le petit doigt, réuni dans toute sa longueur à la face postérieure du sac et à la fosse iliaque par un court méso. Il s'élargissait progressivement à mesure qu'on se rapprochait du cæcum, et les deux organes se continuaient l'un avec l'autre sans ligne de démarcation extérieure appréciable. Le plus haut possible, je plaçai une ligature, sectionnai le conduit, et enfouis le moignon sous un double surjet. La section avait porté, autant qu'on peut s'en rendre compte, sur la partie la plus élevée de l'appendice, ou même sur son insertion cæcale.

2° Je fis la dissection et l'extirpation du sac herniaire, suivie de la réfection de la paroi, en un mot la cure radicale de la hernie.

3° Le testicule ne pouvait être laissé dans la situation où il était, car il était clair que, même avec le temps, il n'arriverait jamais à se couvrir d'une cicatrice valable. Je libérai donc les téguments tout au pourtour, les séparai péniblement de cette sorte du testicule et de l'épididyme dont ils enserraient le point d'attache, comme d'une espèce de collet, et enfin, les attirant par-dessus la glande, parvins à lui faire une loge, une niche, dont une partie était formée par la partie de la plaie qui n'avait pu arriver à la cicatrisation, partie par les téguments.

Je fis d'ailleurs une réunion incomplète, n'espérant pas obtenir l'adhésion immédiate des tissus dans cette partie de la plaie. Au conraire, j'avais fait la réunion immédiate complète pour toute la partie supérieure de la plaie répondant à la région inguinale. Dans la partie scrotale de la plaie, je pris la précaution de drainer surtout par la partie la plus déclive où j'avais ménagé un espace de 2 centimètres et demi à 3 centimètres, dont les bords

étaient simplement rapprochés par des crins, sans arriver au contact.

Les suites furent très simples : ni fièvre, ni douleurs abdominales, ni accident de suture. Toute la plaie supérieure se sépara d'emblée sans le moindre incident, ni du côté du cæcum, ni du côté de la paroi. En bas, cela était prévu, la réparation se fit secondairement, avec lenteur, mais nous inspirant confiance dès le début sur le résultat final, la loge que nous avions ménagée autour du testicule se comblant peu à peu par fusion de ses parois avec l'albuginée. Le malade commença à se lever le vingtième jour. Il resta à Saint-Louis jusqu'à la fin de septembre, et partit le 30 très complètement guéri. On ne soupçonnerait jamais, malgré tout ce que nous savons de la façon merveilleuse dont se réparent les pertes de substance du scrotum, on ne pourrait croire véritablement que les accidents aient été aussi graves et le sphacèle aussi étendu. Le testicule droit, un peu plus petit que son congénère, est légèrement adhérent à une cicatrice blanchâtre et lisse, occupant la partie antérieure du scrotum. Certes, la bourse droite n'est pas très spacieuse, et le raphé est fortement attiré à droite de la ligne médiane mais tout cela est indolent et souple. La région inguinale est parcourue par une cicatrice linéaire et la toux ne fait percevoir aucune impulsion.

En somme, ce malade est, à l'heure actuelle, parfaitement guéri.

Plusieurs points sont à relever dans cette observation.

1° Il y a d'abord à souligner les rapports de l'appendice et du sac herniaire ; l'appendice était uni à la partie postérieure du sac par un méso mince, d'ancienne formation, très différent des adhérences glutineuses qui se voyaient à la face interne de la hernie. La hernie était d'ailleurs une hernie péritonéo-testiculaire, et par conséquent congénitale. Dans sa descente, ce testicule avait entraîné l'appendice et son méso, et une hernie congénitale de l'appendice fut le résultat de cette migration précoce. Cette disposition est tout à fait rare, je ne l'ai jamais observée moi-même dans les recherches que j'ai faites autrefois sur la topographie de l'appendice, je ne l'ai même jamais vu mentionnée : elle mérite donc d'être remarquée, car elle nous donne la preuve, pour le cas actuel au moins, que la hernie de l'appendice était congénitale. Je pense d'ailleurs qu'il en est ainsi très souvent; je pense que la majorité des hernies inguinales isolées de l'appendice sont des hernies congénitales qui se sont faites à travers un orifice ouvert et dans un sac préformé ; on les voit très souvent dans l'enfance, l'appendicite herniaire est commune dans le premier âge, au-dessous de la dixième année ; enfin l'appendice adhère souvent au testicule par sa pointe ; il s'est donc engagé dans un canal préformé.

2° Le second point intéressant de cette observation est celui

qui a trait aux allures particulières qu'a revêtues ici l'appendicite herniaire.

D'ordinaire, celle-ci se manifeste sous les dehors d'un étranglement herniaire ou au moins d'un pincement latéral de l'intestin, car la constipation n'est pas absolue, il y a encore émission de gaz par l'anus et les vomissements ne sont pas constants. On croit à un étranglement; on opère et on trouve un appendice non perforé ou un abcès intrasacculaire autour de l'appendice enflammé.

Le cas actuel appartient à une variété beaucoup plus rare, car les thèses et les récents travaux sur l'appendicite herniaire ne signalent que deux observations quelque peu analogues, l'une de Gangolphe et l'autre de Pollosson. L'appendicite a déterminé la formation d'un de ces phlegmons gangreneux du scrotum qui d'ordinaire reconnaissent une autre cause à cet endroit et dont la gravité a été telle que le malade a failli succomber à cette complication. M. Morestin s'est demandé si ce n'est pas en dédoublant les deux feuillets de son long méso que l'inflammation s'est communiquée aux enveloppes des bourses. Notre collègue se pose cette question, mais il s'empresse de la résoudre par la négative et je suis d'accord avec lui sur ce point. Ce méso était extrêmement mince ; puis la lésion avait siégé à l'extrémité même de l'appendice et nous ne savons même pas si le méso existait à ce niveau. D'ailleurs, ce n'est pas ainsi que procède l'appendicite d'ordinaire ; les perforations se font sur la partie libre de l'organe et presque jamais au niveau ou entre les feuillets du méso. L'appendicite a donc évolué ici dans le sac comme elle aurait évolué dans l'abdomen, et les seules particularités qu'elle a présentées tiennent à sa situation dans une hernie. S'il n'y eut pas de péritonite par propagation, c'est que de bonne heure des adhérences protectrices se sont faites au niveau du trajet inguinal, qui en protégeant le péritoine ont isolé l'infection et l'ont localisée dans le domaine du scrotum où elle a pu librement étendre ses ravages.

3° L'appendicite a laissé à sa suite une fistule appendiculaire stercorale. Cela prouve que le canal appendiculaire était resté ouvert, et la façon dont l'appendice se continuait avec le cæcum explique encore la facilité de la communication entre les deux organes. Déjà, ici même, en 1896, mon ami Michaux relevait une particularité semblable dans une observation de Veslin ; ces fistules appendiculaires sont en effet moins communes au scrotum qu'à l'abdomen, où elles se voient presque toujours, purulentes ou stercorales, lorsque l'appendice n'a pas été réséqué. M. Morestin a traité cette fistule comme il convient, par la résection de l'appendice et la cure radicale de la hernie, et il a bien fait.

En outre, pour réintégrer dans le scrotum le testicule qui en était sorti, il gratta sa surface à la curette, ramassa au devant de lui la peau rétractée, et contribua ainsi, j'en suis convaincu, à hâter, à faciliter ce travail spontané de restauration du scrotum, que nous sommes habitués à voir si productif.

Ainsi il a obtenu, par une série d'interventions bien conduites, une guérison complète, mais il l'a obtenue dans le moins de temps possible. Et je vous propose de l'en féliciter en même temps que de le remercier de cette intéressante observation qui ajoute un nouvel élément à l'histoire clinique de l'appendicite herniaire.

M. Walther. — Mon ami M. Legueu nous a dit que dans ses recherches il n'avait trouvé que deux observations analogues à celles de M. Morestin. Je puis apporter un fait semblable, phlegmon gangreneux inguino-scrotal par appendicite que j'ai observé, il y a sept ou huit ans, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Monod que j'avais l'honneur de remplacer pendant les vacances.

Cette observation est rapportée dans la thèse de Sauvage, avec une autre d'appendicite dans une hernie crurale ayant simulé un pincement latéral de l'intestin ou une épiploïte.

M. Bazy. — Les réflexions qui vont suivre ont trait plutôt à des phrases incidentes prononcées par MM. Walther et Legueu, qu'au fond même de la question. Je suis étonné de l'entendre parler si facilement du pincement latéral de l'intestin, déterminant un faux étranglement. Pour mon compte j'ai eu l'occasion d'opérer trois ou quatre pincements latéraux de l'intestin dans lesquels la circulation des matières intestinales pouvait se faire facilement, et où cependant il existait des signes très aigus d'étranglement vrai.

M. Schwartz. — Je voudrais répondre à M. Bazy en citant un fait que j'ai publié ici de pincement latéral de l'intestin très serré, dans lequel la circulation des matières se faisait, et où il existait en somme un faux étranglement. Ce sont là des faits qu'il faut connaître, si l'on ne veut pas se laisser gravement induire en erreur et commettre une faute très lourde au point de vue thérapeutique.

M. Potherat. — J'ai communiqué, il y a quelques années, au Congrès français de chirurgie, une observation de phlegmon gangréneux du scrotum consécutif à une appendicite suppurée inguinale. Le malade fit un phlegmon suppuré iliaque, avec ouverture secondaire dans l'intestin ; il refusa constamment toute intervention, et succomba à l'hecticité.

M. Legueu. — Je remercie M. Walther des observations qu'il a publiées dans la thèse de M. Sauvage, et qui m'avaient échappé. En somme, ces faits sont rares. Pour mon compte je n'avais trouvé que les deux observations que j'ai relatées, à côté de celle de M. Morestin.

J'ai eu comme M. Schwartz l'occasion de voir des pincements latéraux de l'intestin donnant lieu aux mêmes symptômes qu'à ceux qu'il a observés chez sa malade, de telle sorte que dans les cas d'appendicite herniaire on peut penser à des pincements latéraux de l'intestin.

Communications.

Anus contre nature vaginal. Entéro-anastomose et exclusion de l'anse perforée. Guérison,

par M. Victor Pauchet (d'Amiens), membre correspondant.

Il s'agit d'une femme de soixante-deux ans, ayant subi en janvier 1900, dans un hôpital libre de Paris, une hystérectomie vaginale pour cancer utérin. La malade retira de cette intervention un bénéfice appréciable, puisqu'elle engraissa de 15 livres par la suite et vit disparaître tout écoulement utérin.

En novembre 1901, son bonheur fut troublé par l'apparition d'un flux vaginal séro-sanguinolent puis purulent et enfin fécaloïde. L'apparition de cet écoulement coïncida avec la suppression des garde-robes et une diminution importante de la sécrétion urinaire, laquelle tomba à 300 ou 400 gr. par vingt-quatre heures.

Le passage ininterrompu des sucs intestinaux sur les téguments génitaux amena sur les grandes lèvres et la partie supérieure des cuisses un érythème assez intense pour troubler le sommeil.

L'origine de cet anus contre nature était facile à expliquer. Une anse intestinale avait contracté des adhérences avec la brèche péritonéale qui résultait de l'hystérectomie. La récidive était survenue sur la cicatrice de cette brèche et le processus cancéreux avait envahi l'anse adhérente. La paroi dégénérée de l'intestin s'était ensuite perforée, et l'anus contre nature établi.

Je vis cette malade avec le Dr Anselme (d'Estrée-Déniécourt), le 15 janvier 1902. L'embonpoint était assez bien conservé; ce qui s'expliquait par le peu d'ancienneté des accidents. Les forces avaient pourtant baissé; la tension du pouls était faible. La malade, épuisée par l'insomnie et l'insuffisance digestive, semblait devenue inapte à toute réaction extérieure. Le liquide éliminé par le vagin présentait tous les caractères du contenu de l'intestin grêle. Dès que la patiente gobait un œuf, ou buvait une tasse de lait, l'ali-

ment était expulsé par la vulve à peine modifié, quinze ou vingt minutes après son ingestion.

Etant donné le caractère des matières dont la malade souillait son lit et les pansements, je conclus à une perforation siégeant sur l'iléon, à une faible distance du pylore. Nous verrons plus loin que cette présomption était erronée. En effet, l'anus artificiel s'était produit sur la dernière anse de l'intestin grêle, à quelques centimètres du cæcum, comme dans le cas signalé par mon vénéré maître M. Peyrot, au dernier Congrès de chirurgie.

Par le toucher vaginal, on reconnaissait l'orifice de la fistule, qui admettait à peine l'extrémité de l'index et dont les bords étaient rigides.

Par le toucher rectal, on sentait, au point répondant à la cicatrice vaginale, une masse indurée dont il était difficile de préciser les contours.

Après cet examen, je conclus à l'abstention opératoire, trouvant inutile de faire subir une intervention sérieuse à une femme menacée d'une mort prochaine par une récidive cancéreuse. Toutefois, l'insistance de la famille, lassée de l'inutilité des soins de propreté, et surtout la volonté ferme de la patiente qui réclamait à tout prix la disparition de son infirmité, modifièrent ma décision et m'engagèrent à supprimer l'écoulement vaginal en rendant au flux digestif son cours habituel. Cette intervention se trouvait d'ailleurs aussi justifiée qu'une gastro-entérostomie pour cancer inextirpable du pylore.

Opération le 17 janvier 1902. — Après éthérisation, la malade est placée dans la position dorso-sacrée. J'introduis — les mains préalablement gantées — une mèche dans le vagin, et je bourre l'anse perforée. La malade est ensuite placée dans la position de Tredelenburg et je pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le bassin est exploré. Je constate au point qui correspond à la cicatrice vaginale un noyau gros comme une pomme d'api, lisse, régulier, non végétant, manifestation macroscopique de la récidive. Une anse grêle traverse ce noyau de part en part, après avoir un moment disparu dans son épaisseur. C'est la dernière anse de l'iléon. La partie descendante suit la paroi gauche du bassin et la partie ascendante monte sur la paroi droite pour se jeter dans le cæcum. Afin de rendre aux matières leur cours normal, je décidai de sectionner l'anse adhérente au vagin, à quelques centimètres du noyau néoplasique, et d'aboucher ensemble, d'une part les deux extrémités inférieures, et d'autre part les deux extrémités supérieures de l'intestin sectionné. Je pratiquais ainsi l'exclusion de l'anse perforée et rétablissais la continuité régulière du tube in-

testinal par l'abouchement direct. Mais, pour exécuter cette double entérorraphie circulaire, j'aurais été obligé d'opérer dans la cavité même de l'abdomen, car l'anse ascendante, qui allait du vagin au cæcum, était courte et tendue. Pour opérer hors de la cavité péritonéale, je dus choisir deux segments mobiles de l'intestin, et renoncer à l'abouchement direct pour préférer l'exclusion associée à l'entéro-anastomose. L'anse afférente fut sectionnée à 15 centimètres du vagin, et l'anse efférente au ras du cæcum. Chaque section fut pratiquée, sans écrasement préalable, entre deux ligatures. Chacun des quatre moignons intestinaux fut rogné aux ciseaux, grillé au thermo et enfoui sous une suture en bourse. L'anastomose latérale fut placée entre la face antérieure du cæcum, près de son fond, et l'iléon. La bouche de communication fut ouverte sur une longueur de 3 centimètres, et la coaptation assurée par deux plans de suture continue à la soie. L'opération dura une heure.

Suites opératoires. — Des vomissements se produisirent pendant une semaine. La malade rejetait la plus grande partie des liquides qu'elle absorbait. Je ne fus jamais inquiété par cet accident. Le ventre, en effet, restait toujours souple et plat, le pouls normal, et chaque lavement ramenait une copieuse émission de gaz avec quelques matières. L'alimentation ne fut complètement tolérée que le huitième jour après l'opération.

Les lésions érythémateuses de la peau disparurent sans traitement local au bout de deux ou trois jours.

L'écoulement fécaloïde cessa immédiatement après l'intervention. Une sécrétion séro-purulente assez abondante lui succéda, mais cessa avec les injections d'eau oxygénée.

L'émission des gaz et des matières par l'anus normal, qui avait cessé de se produire à l'époque où l'anus contre nature s'était constitué, reparut sous l'influence des lavements. Il y eut même de la diarrhée pendant le cours de la deuxième semaine qui suivit l'intervention.

La malade quitta la maison de santé vingt-cinq jours après l'opération, mangeant et digérant comme autrefois, ayant recouvré ses forces et le sommeil, et n'ayant d'autres soins vaginaux à prendre qu'une injection d'eau bouillie par vingt-quatre heures.

Dans cette observation, je ne relèverai que très brièvement quelques points relatifs à la pathogénie, aux symptômes et au traitement.

1° *La dégénérescence cancéreuse de l'iléon.* — Celle-ci aurait vraisemblablement été évitée si l'hystérectomie abdomicale avait été pratiquée et complétée de la péritonisation du fond pelvien.

2° *Les vomissements* survenus pendant quatre ou cinq jours en

dehors de toute réaction péritonéale. Je les ai observés dans un autre cas d'entéro-anastomose faite pour guérir un anus inguinal. Ne tiennent-ils pas à la contradiction des mouvements péristaltiques par l'accollement latéral de deux anses terminées en cul-de-sac quelques centimètres plus loin? ou à l'étroitesse de la bouche anastomotique? N'aurais-je pu prévenir ces accidents d'occlusion passagère en accolant les deux faces de l'intestin après croisement des deux bouts, ou en pratiquant une ouverture anastomotique plus grande? Quant au *traitement de l'anus vaginal*, la nature néoplasique de la perforation ne me permettait pas de choisir le procédé. Il ne pouvait être question ni d'entérotomie, ni d'entérorraphie latérale, après détachement de l'anse perforée, et je n'avais qu'à recourir à l'exclusion en la combinant à l'abouchement direct, ou à l'entéro-anastomose. Toutefois, je pense qu'en présence d'un anus vaginal simple, cette dernière méthode continuerait à me séduire à l'exclusion des deux autres. En effet, le chirurgien qui aborde l'anse vaginale perforée par la voie haute, se trouve dans des conditions meilleures que celles qu'il rencontre pour la cure d'un anus cutané : la paroi abdominale est saine, non infectée, et loin du foyer septique; la position inclinée, aidée de la valve sus-pubienne, étale la cavité pelvienne aux yeux de l'opérateur, et lui offre un champ large pour manœuvrer, protéger la cavité péritonéale au cours des sections et des sutures. De plus, la fistulisation d'une anse exclue au niveau de la peau, constitue une anomalie malpropre pour le malade, tandis que l'écoulement de quelques gouttes de mucus par la vulve n'offre guère plus d'inconvénients que la leucoorrhée qui accompagne la métrite.

J'apporte donc cette observation à l'appui de l'exclusion combinée à l'entéro-anastomose, méthode qui par sa simplicité et sa bénignité paraît être le traitement de choix de l'anus vaginal, et spécialement de l'anus résultant d'une perforation de l'iléon.

M. Potherat. — Je voudrais relever, dans la communication de M. Pauchet, un point particulier. Il argue de ce fait qu'un noyau cancéreux de l'iléon, survenu au niveau de la cicatrice vaginale de l'hystérectomie, a déterminé une fistule stercorale vaginale, il argue, dis-je, de ce fait pour dire qu'une hystérectomie par voie abdominale et péritonisation de la surface cruentée aurait mis à l'abri de cet accident, consécutif par conséquent à l'hystérectomie vaginale.

Pour que cette argumentation fût inattaquable il faudrait démontrer que le noyau cancéreux intestinal n'existait pas avant l'opération, ou encore démontrer que ce noyau s'est propagé secondairement du vagin à l'intestin. Or cette démonstration ne

peut être faite, et par suite l'argument de M. Pauchet perd toute sa valeur.

M. Pauchet. — S'il y avait eu un cancer intestinal à l'époque ou l'hystérectomie a été pratiquée, le malade aurait présenté depuis cette intervention, c'est-à-dire depuis deux ans, des symptômes quelconques du côté de l'intestin.

Note sur un cas de pseudo-appendicite. Tumeur fibreuse développée autour d'une soie, sur la fin de l'iléon, après une opération d'appendicite aiguë (1),

par M. ED. SCHWARTZ.

La malade J. G..., âgée de vingt-cinq ans, infirmière, n'a eu aucune maladie pendant son enfance.

Réglée régulièrement et normalement, elle n'a jamais présenté aucun accident génital : pas de fausse couche.

A dix-huit ans, elle a une angine diphtérique, et pendant la convalescence de cette angine paraît une éruption pustuleuse ou eczémateuse pour laquelle elle rentre à Saint-Louis : on la soigne par des enveloppements caoutchoutés.

La santé revient entière. La malade donne peu de renseignements sur son hygiène digestive. Elle ne semble pas avoir souffert de constipation très opiniâtre. Elle n'accuse aucun des signes habituels de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Elle souffre de temps en temps de petites crises douloureuses qui souvent ne la forcent pas à prendre le lit. Ces crises s'accompagnent parfois de vomissements alimentaires ou bilieux.

Ces crises reviennent à des espaces très irréguliers variant de deux à six mois, — pendant environ deux ans. A la suite d'une crise plus forte, la malade entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Routier (septembre 1900).

On commence par lui mettre de la glace sur le ventre et le troisième jour après son entrée on l'opère dans l'après-midi.

Sur cette intervention, nous ne pouvons faire que des inductions. L'appendice fut réséqué, nous l'avons vu au cours de notre intervention. Le fait que pendant 6 jours, la malade ne prit que quelques cuillerées d'eau de Vichy, que son premier lavement ne lui fut donné que le 10e jour nous fait supposer qu'il y eut peut-être des adhérences intestinales difficiles à rompre, et qu'on fit peut-être quelques sutures sur l'intestin. Notons cependant que la malade ne fut pas drainée, et que les premiers jours elle présenta des phénomènes péritonéaux assez sérieux.

(1) Observation recueillie et rédigée par M. Chevrier, interne du service.

La malade quitte Necker un mois environ après son entrée.

Elle reste guérie pendant deux mois, puis est reprise de phénomènes douloureux.

Elle sent constamment une douleur sourde dans le côté droit du bas-ventre. Elle souffre de crises douloureuses, et a constamment des nausées.

En avril 1901, elle s'aperçoit que sa cicatrice a cédé, et qu'elle porte une éventration.

Cet état nauséeux et de malaise avec crises persiste tout l'été.

En septembre, les douleurs ayant augmenté, elle entre dans le service de M. Thiéry, à Broca. Celui-ci rattache les malaises de la malade à son éventration et en pratique la cure radicale sans faire au cours de cette intervention, aucune exploration intra-abdominale.

Au mois de novembre, la malade est reprise de douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite. L'état nauséeux reparaît. Elle est constipée. A la fin de novembre, elle a une poussée aiguë caractérisée par des douleurs et des vomissement. Le point de Mac Burney est assez net. On lui met de la glace sur le ventre. Les phénomènes se calment, et la malade reprend son service d'infirmière au bout de six jours.

La malade souffre toujours de nausées et de douleurs sourdes.

Le 25 janvier 1902, la malade est reprise de douleurs violentes dans la région de la fosse iliaque droite, avec vomissements verdâtres, constipation; pouls rapide. La température reste normale.

A l'examen on constate une zone douloureuse située un peu au-dessus du point de Mac Burney. Son muscle grand droit est contracté et empêche la palpation profonde.

Quand, au bout de quelques jours de repos et de glace sur le ventre, la contracture a cessé, on croit sentir dans la profondeur à la partie supérieure de la cicatrice une petite masse dure, légèrement sensible à la palpation.

En l'absence de renseignements précis sur les interventions antérieures, nous songeons à la présence d'un appendice non réséqué ou d'adhérences épiploïques, et, devant la longue évolution de l'affection, nous nous décidons à intervenir.

Nous pratiquons la laparotomie latérale le 8 février.

Il n'y a pas d'adhérences entre le cæcum et la paroi; de même, l'épiploon n'adhère pas au cæcum.

A la face interne du cæcum nous retrouvons le moignon appendiculaire, très régulier, recouvert d'un péritoine lisse, et ressemblant assez comme forme à un mamelon de 6 à 7 millimètres de hauteur environ.

Sur le cæcum et l'intestin grêle voisin, on trouve de petites plaques de fibrine, vélamenteuses, molles, traduisant une inflammation récente, légère mais certaine.

Nous découvrons alors sur le bord libre de l'intestin, grêle à 5 ou 6 centimètres de l'angle iléo-cæcal, une petite tumeur, régulière, dure, blanc rosé. Cette tumeur est insérée au bord libre de l'intestin par un pédicule assez large.

A son voisinage existent sur l'intestin d'assez nombreuses plaques de fibrine, non organisées.

Nous circonscrivons le pédicule de la petite tumeur par une incision au bistouri qui entame la couche musculaire de l'intestin grêle. Nous l'enlevons, puis nous suturons la surface cruentée de l'intestin par des points à la soie fine. Réunion sans drainage.

Les suites opératoires ont été simples. Les fils ont été retirés le 11[e] jour. La malade s'est levée le 21[e] jour et est actuellement complètement guérie.

L'examen de la pièce enlevée, fait par M. le professeur Cornil, a montré qu'il s'agissait d'un fibrome inflammatoire à dégénérescence graisseuse centrale. Des examens répétés ont montré qu'au centre du foyer de dégénérescence se trouve un fil, qui est très probablement un fil de soie.

Il s'agit donc, dans notre observation, d'un fibrome inflammatoire, simulant absolument, au point de vue clinique, l'appendicite chronique à rechute, et développé autour d'un fil, reliquat d'une intervention antérieure.

Nous ne pouvons qu'espérer, en terminant, que la malade ne recommencera pas à organiser un autre fibrome autour de la soie qui a servi à suturer son intestin. Si les accidents se reproduisent et si nous sommes obligé d'intervenir de nouveau, nous donnerons la préférence pour toutes les sutures aux fils résorbables, au catgut.

Si je vous ai communiqué cette observation, c'est qu'elle me paraît présenter un véritable intérêt au point de vue de l'histoire de l'appendicite, et en particulier de son diaguostic. Chez cette malade, nous avons pu constater à deux reprises tous les signes d'une appendicite subaiguë, avec point douloureux de Mac Burney, douleurs vives avec contracture du droit de l'abdomen, vomissements; n'ayant pu obtenir aucun renseignement sur ce qui avait été fait lors des interventions antécédentes, nous pensions à un reliquat d'appendice incomplètement ou non enlevé.

Il me semble qu'au point de vue clinique cette observation peut être rapprochée du fait si intéressant que nous a rapporté notre collègue Poirier, d'un fibrome superficiel du pylore, simulant une sténose pylorique. Ici, il s'agissait d'un petit fibrome, intéressant la musculature de l'intestin grêle, et ayant donné lieu à tous les signes d'une appendicite aiguë; un seul a manqué : l'élévation de température, fait important à noter.

Je n'insiste pas sur la pathogénie du petit fibrome qui paraît avoir été le point de départ des accidents consécutifs à l'ablation de l'appendice. Il n'est possible que de faire des hypothèses; le seul point certain, c'est sa production autour d'un fil placé sur l'intestin, au cours de la première intervention.

M. Poirier. — L'analogie avec le cas que je vous ai dernière-

ment relaté, n'est qu'apparente : en effet, la petite tumeur du pylore que j'ai enlevée était un myome développé aux dépens de la tunique musculaire de l'estomac ; il semble bien qu'il s'agisse dans le cas de Schwartz d'un nodule fibreux développé autour d'un fil à ligature, placé sur quelque adhérence, ou d'un fil de suture placé pour réparer une brèche à l'intestin. Il n'est pas rare, dans les appendicites, de constater des adhérences avec la dernière portion de l'iléon ; je vous ai même rapporté un cas dans lequel l'appendice soudé par son sommet à l'iléon s'était ouvert et vidé dans cette portion de l'intestin grêle; de telle sorte qu'après avoir enlevé l'appendice je fus obligé de fermer l'iléon avec deux points de suture ; l'asepsie de ces sutures n'est jamais parfaite.

M. Routier. — Je n'ai pas souvenir du cas dont parle notre collègue, ce qui n'est pas étonnant puisque je n'en suis pas l'auteur, cette opération ayant été pratiquée dans mon service pendant les vacances; je suis cependant étonné de la présence de cette soie dans la pièce présentée par mon ami Schwartz, car on ne se sert pas de soie dans mon service, mais uniquement de catgut, et je n'ai pas su que mes remplaçants aient changé les habitudes en mon absence.

En tout cas, je tâcherai d'avoir des détails.

M. Poirier. — Il est possible que ce soit un débris de compresse qui ait été le point de départ du petit fibrome enlevé par M. Schwartz.

M. Schwartz. — M. Cornil m'a affirmé qu'il ne s'agissait pas d'un débris de tissu végétal.

Présentation de malade.

M. Thiéry présente un enfant qui a une *fracture bilatérale de l'olécrane.*

Présentation d'instrument.

M. Delbet présente un instrument de M. Juvara (de Jassy), destiné à faciliter la *ponction lombaire.*

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 26 MARS 1902

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction des procès-verbaux des deux dernières séances est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Un travail de M. PLUYETRE (de Marseille), intitulé : *Cæcotomie pour tumeur stercorale fixée dans l'intestin.* — Le travail de M. PLUYETRE est renvoyé à une commission dont M. GUINARD est nommé rapporteur.

3°. — Un travail de MM. VUILLIET et SECRETAN (de Lausanne) intitulé : *Œdème dur traumatique du métacarpe dorsal et du métatarse.* — Le travail de MM. VUILLIET et SECRETAN est renvoyé à une commission dont M. Paul RECLUS est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. le PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de la maison MASSON et Cie, éditeurs du Bulletin, dont voici la teneur :

Paris, le 24 mars 1902.

A Monsieur le Président de la Société de chirurgie.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Nous avons été vivement émus des critiques qui se sont produites à la dernière séance de la Société de chirurgie au sujet du retard du Bulletin, retard occasionné, comme vous le savez, par la remise tardive à l'imprimerie de corrections considérables.

A diverses reprises déjà, par déférence pour les membres de la Société,

nous avons laissé l'imprimerie accepter jusqu'au dernier moment des corrections, bien qu'elles rendissent souvent très difficile la publication du Bulletin dans les délais prévus par le traité ; nous ne pouvons donc que nous féliciter du rappel public au règlement qui a été la sanction de cet incident.

Nous venons vous demander de vouloir bien rappeler aux membres de la Société que les manuscrits doivent être remis au Secrétaire à la fin de la séance ou à notre librairie au plus tard le jeudi matin avant 10 heures. Les placards sont adressés le vendredi soir aux auteurs, qui doivent renvoyer leurs corrections à l'imprimerie par retour du courrier, de façon qu'elles parviennent au plus tard dans la journée du samedi. Le Secrétaire et le Secrétaire adjoint *ont seuls communication de la mise en pages*, qu'ils reçoivent le samedi soir et rendent en bon à tirer le lundi matin à l'imprimerie.

L'observation de ces règles est indispensable pour assurer la régularité de la publication et permettre le contrôle du Secrétaire sous la responsabilité duquel est publié le Bulletin.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de nos sentiments respectueux et dévoués.

MASSON ET Cie.

M. RECLUS. — Nous demandons que la lettre de MM. Masson et Cie paraisse dans les Bulletins pour que nos collègues soient renseignés.

M. QUÉNU. — Je ferai une simple observation. On nous envoie les placards très tard dans la soirée du vendredi ou même le samedi matin. Il nous est par conséquent difficile, sinon impossible, de renvoyer à l'imprimerie ces placards pour le samedi matin. Nous serons par conséquent à l'abri de tout reproche si, par le timbre de la poste, nous justifions que les placards ont été renvoyés à l'imprimerie dès le samedi matin.

M. le SECRÉTAIRE ANNUEL. — Pour que la mise en pages puisse être envoyée au secrétaire annuel le samedi soir, il faut que nos collègues renvoient les placards le plus tôt possible dans la matinée du samedi.

L'imprimerie fermant légalement le dimanche, on ne peut envoyer la mise en pages dans la journée du dimanche. Or il faut, pour que le Bulletin paraisse en temps voulu, que les épreuves de la mise en pages soient remises à l'imprimeur dès le lundi matin.

M. le PRÉSIDENT. — Il est convenu maintenant que tous nos collègues feront tous leurs efforts pour que l'imprimeur soit satisfait à temps.

Lecture.

Sur une cause de mort imprévue après la néphrectomie,

par M. Alf. POUSSON (de Bordeaux), membre correspondant.

La néphrectomie comporte de redoutables aléas. Les procédés nouveaux permettant d'apprécier la valeur fonctionnelle du rein qui demeurera seul chargé d'assurer la dépuration du sang les ont diminués, mais ne les ont pas complètement supprimés, et ne pourront sans doute jamais nous garantir ce résultat. En effet, en chirurgie rénale, plus encore qu'en toute autre chirurgie viscérale, nous avons à compter avec les réactions organiques, dont les facteurs nous échappent trop souvent, venant ainsi déjouer nos prévisions les plus solidement étayées.

Le fait suivant me paraît propre à justifier les remarques précédentes, qui me sont dictées non par l'intention de déprécier l'utilité du cathétérisme urétéral, que je considère, avec le procédé plus récent de la séparation intra-vésicale des urines, comme le moyen le plus sûr de déterminer le pouvoir éliminateur de l'un et de l'autre rein, mais bien par le désir de mettre en garde les cliniciens contre la fausse sécurité qu'il peut créer dans certains cas.

Un terrassier de trente-quatre ans entre dans mon service le 6 février dernier avec des symptômes de pyélonéphrite dont il fait remonter le début à douze ans, trois ans avant une blennorragie, seule cause possible d'infection directe de l'appareil urinaire qu'on relève dans ses antécédents. La région lombaire droite est douloureuse, mais la contraction de la paroi abdominale ne permet qu'une exploration imparfaite du rein, qui semble cependant déborder un peu le rebord des fausses côtes. Pas de sensibilité de l'uretère droit. Par de réflexe urétéro-vésical. Rien du côté du rein et de l'uretère gauche. A l'endoscope, la vessie paraît saine dans toute son étendue, mais l'orifice urétéral droit est œdémateux et rougeâtre, tandis que le gauche est normal. Le liquide sortant par le premier est franchement louche, et son issue ne se fait qu'à d'assez longs intervalles, au point que pour bien l'étudier il est nécessaire de la provoquer par la pression sur l'uretère; au contraire, l'urine jaillissant régulièrement par le second est claire et limpide.

De cet examen joint aux données fournies par l'exploration des régions lombaires, je conclus à l'existence d'une pyélonéphrite droite. A défaut de toute autre cause capable de fournir la raison de cette infection, je songe tout d'abord à la tuberculose, en faisant toutefois des

(1) Travail lu par M. le Secrétaire général.

réserves sur la possibilité d'une lithiase rénale. La radiographie, en montrant la présence de trois ombres non douteuses dans la région du bassinet, me fait rectifier le diagnostic.

Pour déterminer la valeur fonctionnelle du rein gauche, j'essaie de faire la séparation des urines, mais le malade, très sensible, ne peut supporter l'application des instruments. Pour la même raison le cathétérisme urétéral est impraticable. Je suis donc obligé de me contenter de l'injection de bleu de méthylène, dont l'élimination un peu retardée se fait sensiblement dans les délais normaux.

La sécrétion urinaire, d'après les résultats de trois analyses faites à quelques jours d'intervalle, ne laisse rien à désirer. Celle du 18 février, trois jours avant l'intervention, donne :

Volume des 24 heures.	1,600 cent. cubes.	
Densité à + 15.	1,015.	
Réaction.	Acide.	
Sédiment.	Abondant (constitué par une grande quantité de leucocytes).	
Urée	13,50	par litre.
Acide phosphorique total	1,58	par litre.
Chlorure de sodium.	6,80	par litre.
Albumine (sans filtration).	1,10	par litre.

Muni de ces renseignements, j'ouvre la loge lombaire avec l'intention de faire une simple néphrolithotomie, si le rein n'est pas trop altéré, une extirpation de ce viscère s'il est profondément désorganisé.

Après avoir traversé une couche épaisse de tissu périnéphrétique sclérosé, je découvre un rein petit et bosselé. Deux de ces bosselures se rompent au cours des manœuvres d'extraction, et mon doigt introduit par l'une d'elles me confirme la présence de calculs gisant dans le bassinet et me fait constater que le rein est réduit à une série de poches à parois minces et fibroïdes. Concluant d'après cela qu'il ne contribue que pour une bien faible part à la dépuration sanguine, et me rappelant le résultat de l'analyse des urines, je pense que le rein opposé devra pouvoir suffire au travail éliminateur; j'extirpe donc le rein gauche sans appréhension.

Durant vingt-quatre heures l'événement sembla devoir me donner raison. En effet, quoique déprimé, le malade avait sécrété, lorsque je le vis le lendemain matin, 500 centimètres cubes d'urine. Mais à partir de ce moment, la sécrétion se suspendit totalement, et le malade succomba le lendemain vers midi, cinquante heures après l'intervention.

A l'autopsie, tous les organes sont sains, à l'exception du foie qui est graisseux et volumineux. Vessie normale. Le rein gauche, augmenté de volume, mesure 14 cent. 5 de longueur sur 6 cent. 5 de largeur et pèse 275 grammes. Il est légèrement lobulé, surtout au niveau de son pôle supérieur; sa coloration est jaunâtre, sa consistance ferme; la capsule se décortique aisément. A la coupe, la substance corticale, d'un rouge brun, se distingue mal de la substance médullaire, qui semble repoussée par elle. Rien du côté du bassinet et de l'uretère. A part

son augmentation de volume et surtout de poids, ce rein paraît macroscopiquement normal, mais au microscope il présente les traces d'une congestion intense et des lésions de néphrite épithéliale suraiguë. Sur diverses préparations histologiques on voit en effet : *a*) une vascularisation extrêmement intense, en particulier au niveau de la substance corticale, où les capillaires périglomérulaires sont très fortement congestionnés; *b*) des altérations glomérulaires consistant en un exsudat fibrinoleucocytique et une desquamation de l'endothélium de la capsule de Bowman; dans quelques glomérules, cet endothélium a proliféré, et autour de ces glomérules on voit une infiltration de cellules rondes; *c*) des altérations profondes des tubuli contorti, dont l'épithélium granuleux et tuméfié est transformé en masses colloïdes où l'on ne retrouve que des traces de noyau; quelques tubes sont obstrués par des produits de desquamation.

En définitive, le malade dont je viens de rapporter l'observation a succombé à une congestion intense et à une inflammation épithéliale suraiguë du rein, ayant déterminé la variété d'anurie dite canaliculaire.

Le développement de ces lésions a-t-il été préparé par un état pathologique antérieur de l'organe, et dans ce cas était-il possible de le déceler par l'analyse des urines qu'il sécrétait? A ces deux questions je crois pouvoir répondre par la négative.

En effet, l'examen histologique du rein susceptible d'être incriminé a montré que ses lésions étaient toutes récentes et relevaient d'un processus aigu exclusivement parenchymateux. Pour cette raison on ne saurait admettre chez mon malade l'existence de cette néphrite diathésique que l'on rencontre souvent chez les lithiasiques dans le rein opposé à celui où les concrétions ont pris naissance et se sont développées. La composition chimique des calculs, formés de carbonate et de phosphate de chaux et de magnésie sans traces d'acide urique et oxalique, et ayant par conséquent les caractères des calculs secondaires, s'élève encore contre cette idée. A côté de l'hypothèse d'une néphrite diathésique, celle d'une néphrite réflexe pourrait être émise. Bien que, pour ma part, je croie, avec Simon et quelques autres, à l'influence pathogène du réflexe réno-rénal, je ne puis admettre chez mon malade que le rein droit calculeux ait retenti sur le rein gauche pour l'enflammer, lorsque je considère le résultat de l'analyse chimique des urines avant l'intervention.

Cette analyse ayant donné dans les 24 heures une moyenne de 1.800 centimètres cubes d'urine renfermant une proportion d'urée, de phosphates et de chlorures égale, sinon supérieure, à celle qu'on trouve dans les urines des malades hospitalisés, il n'est pas possible de mettre en doute l'intégrité anatomique et physiolo-

gique de ce rein gauche avant l'intervention et même de lui attribuer, en présence des lésions profondément destructives de son congénère, la plus grande part, sinon la totalité de la dépuration sanguine. L'examen des urines recueillies, soit à l'aide des appareils séparateurs, soit au moyen du cathétérisme de l'uretère, ne m'aurait ainsi fourni aucun renseignement susceptible de me donner plus de sécurité dans mon entreprise opératoire que l'épreuve du bleu de méthylène.

A la vérité, cette épreuve de la perméabilité rénale ne m'a pas trompé, et je considère que mon opéré a succombé à des accidents de toxémie engendrés par l'anurie conséquence de la congestion et de l'inflammation épithéliale du rein seul restant. Que si, dans la majorité des cas, un rein sain supporte sans faillir le travail supplémentaire qui lui est imposé après l'extirpation de son adelphe, il peut aussi parfois succomber à sa tâche en raison de l'insuffisante résistance de ses éléments anatomiques. C'est cette résistance biologique, que nous ne pouvons pas plus mesurer dans le rein que dans les autres organes essentiels à la vie, qui, selon moi, crée ces aléas redoutables dont je parlais au commencement de ma communication, et explique ces catastrophes déconcertantes qui sont comme la rançon des progrès de la thérapeutique chirurgicale.

Discussion.

Sur le traitement des anévrismes de la crosse de l'aorte.

M. le Président. — La parole est à M. Tuffier pour la présentation de la pièce anatomique de l'anévrisme de l'aorte qu'il devait nous apporter. Comme il n'est pas là, je vais donner la parole à M. Guinard.

M. Guinard. — J'ai fait douze fois depuis dix ans une opération pour la cure d'anévrismes de la base du cou, parmi lesquels sont compris des anévrismes aortiques. C'est ce qui m'autorise à prendre la parole dans cette discussion.

Notre collègue Tuffier nous a présenté l'observation d'une malade de quarante ans à laquelle il a essayé d'enlever un volumineux anévrisme de la crosse de l'aorte. S'arrêtant à mi-chemin de cette opération audacieuse, il se borna à lier le pédicule de la tumeur, au niveau de sa communication avec l'aorte, avec deux fils de catgut, et il laissa le sac en place. J'avais compris en écou-

tant cette communication que l'opérée avait succombé à la septicémie, mais, à la lecture des Bulletins, j'ai vu qu'elle est morte d'hémorragie foudroyante le treizième jour et que le sac s'était sphacélé. De l'étude de cette observation, M. Tuffier tire des conclusions telles qu'il semble conseiller l'extirpation des poches anévrismales aortiques quand elles sont « abordables, extirpables et isolables ».

Et il se reproche comme une faute de s'être arrêté avant d'avoir enlevé la poche.

Pour ma part je ne puis accepter ces conclusions. Je considère cette extirpation comme vouée à un échec à peu près constant. Prenons d'abord l'opération inachevée de M. Tuffier, c'est-à-dire la ligature du pédicule de l'anévrisme. Pour celle-ci il ne saurait y avoir aucun doute. Les anévrismes ne sont pas des tumeurs plus mystérieuses que les autres, et n'échappent pas aux lois de la chirurgie générale. Or, toute tumeur dont on lie le pédicule est vouée au sphacèle, à moins qu'elle ne soit irriguée par des vaisseaux néoformés venant des organes voisins (ce qui ne saurait s'appliquer aux anévrismes). Ce sphacèle peut être aseptique; le sac pourrait pour ainsi dire se momifier; mais alors il ne saurait plus servir de soutien à la ligature, et l'orifice oblitéré pendant quelques jours céderait fatalement à la pression sanguine. C'est ce qui s'est passé pour la malade de M. Tuffier, et je crois qu'il en sera forcément de même pour tous les cas où l'on se sera borné à lier un pédicule sans procéder avec soin à la réfection de la paroi artérielle au niveau de la perte de substance du vaisseau. L'opération telle qu'elle a été faite par M. Tuffier ne doit donc pas, suivant moi. entrer dans la pratique.

Arrivons maintenant à l'extirpation, c'est-à-dire à l'opération complète, telle que l'avait conçue M. Tuffier.

Je n'hésite pas à dire qu'il faut résolument la proscrire pour la cure des anévrismes de la crosse de l'aorte.

D'abord, il y a le point de vue opératoire. La lecture de l'observation de M. Tuffier ne donne pas l'impression que nous a causée sa communication orale, mais j'ai le sentiment, comme tous ceux qui l'ont entendu, que M. Tuffier a été très ému au cours de cette intervention, et cela n'est pas étonnant. Il s'est arrêté en route, nous a-t-il dit, parce qu'une émotion poignante l'a fait hésiter, et il a cru plus prudent de ne pas prolonger une opération qui durait déjà depuis fort longtemps (la durée n'a pas été écrite). Et notez qu'il s'agissait, au dire même de l'auteur, de l'anévrisme sacciforme, le plus favorable qu'on puisse rencontrer, si favorable même que, d'après la description qu'il nous a donnée, on n'en trouvera peut-être plus jamais de pareil. Nous apprécions tous

comme il convient l'audace et le talent opératoire de M. Tuffier. Et si un chirurgien tel que lui a été ému au point de s'arrêter dans son opération, on me permettra bien de dire que ce n'est pas une intervention à la portée de tous les bistouris. Il suffit d'ailleurs de songer à la région où l'on évolue pour se faire une idée de la gravité de l'acte opératoire en lui-même.

Au point de vue clinique, on n'a qu'à suivre les malades atteints d'anévrismes intra-thoraciques (non traumatiques, bien entendu), pour voir que les parois artérielles sont malades, ailleurs qu'au niveau du collet du sac.

Dans la plupart des faits, on voit l'aorte se dilater ultérieurement, l'ectasie gagne le tronc brachio-céphalique ou tel autre gros tronc de la base du cou. Ce sont des malades qu'on pourrait presque comparer à des cancéreux au point de vue de la récidive locale ou à distance. Et alors, le même raisonnement clinique peut leur être appliqué : il ne faut pas les soumettre à une opération qui ne saurait être que palliative, si cette opération offre des dangers immédiats hors de proportion avec le bénéfice qu'ils en retirent.

Je conclus donc que l'extirpation des anévrismes de la crosse de l'aorte, malgré les apparences, n'est pas une opération radicale au sens propre du mot, et qu'en raison de l'impossibilité de son exécution dans la majorité des faits et de sa gravité extrême pour les cas très exceptionnels, où elle est praticable, elle ne doit pas avoir sa place dans la thérapeutique chirurgicale.

Est-ce à dire que la cure des anévrismes intra-thoraciques n'est pas du domaine de la chirurgie? Je ne le pense pas; et depuis dix ans, dans plusieurs publications, je me suis efforcé de montrer le bénéfice considérable qu'on obtient avec une opération simple et innocente : *la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites.*

De 1892 à 1896, j'ai pratiqué six fois cette opération pour la cure des « anévrismes de la base du cou », et tous ces cas sont publiés, soit dans des mémoires personnels (*Bull. gén. de thérapeutique*, 1894, *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, 1896, n° 11), soit dans des thèses (thèse de Poivet 1893, thèse de Larrieu 1897, thèse de Huguet 1898, thèse de Capdepont, Bordeaux 1898). Enfin, j'ai fait cette ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droites deux fois pour des anévrismes de la crosse de l'aorte. Un de ces cas fait le sujet de la thèse de mon élève Blacque (Paris, 1895), l'autre est inédit; et, depuis 1896, j'ai fait cette opération six fois, en comptant ce dernier, ce qui porte à 12 mes observations de ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droites pour anévrismes de la base du cou.

Mais, dira-t-on, dans ces 12 observations, il n'y a que deux observations ayant trait au sujet qui nous occupe, les anévrismes de la crosse aortique. Or, en y regardant de près, on s'aperçoit, aussi bien dans mes observations que dans celles qu'on trouve dans la littérature médicale, qu'une fois sur deux on a traité des anévrismes de la crosse de l'aorte pour des anévrismes du tronc innominé. C'est même ainsi qu'on s'est aperçu que le même traitement pouvait être efficace pour ces deux affections. Prenons le tableau de Richard Barwell, où sont réunis 28 cas de ligature double appliquée au traitement des anévrismes innominés. Le premier malade, opéré par Hobart en 1839, ne survécut que seize jours, et l'autopsie montra que l'anévrisme siégeait sur l'aorte. Celui de Heath, opéré en 1865, mourut quatre ans et dix-sept jours après ses ligatures, et, à l'autopsie, on trouva que le prétendu anévrisme innominé était un anévrisme aortique placé au devant du tronc brachio-céphalique. Je pourrais continuer ainsi, et cela s'applique aussi aux relevés de la thèse de Acosta Ortiz (Paris, 1892), de Randolph Winslow, de John Wieth (de New-York), de Poivet (*loc. cit.*), de Larrieu (*loc. cit.*), etc. Aussi, quand on s'avise de faire un tableau destiné à relever le nombre des succès opératoires et thérapeutiques, on éprouve le plus grand embarras et tout est mêlé. Les uns, avec Barwell, établissent leur tableau *d'après le diagnostic porté* ; d'autres, plus logiques selon moi, s'en tiennent au diagnostic vérifié par l'autopsie. Mais comme l'autopsie manque six fois sur 28 cas, et comme, dans les vingt-deux autres cas, il y a une erreur de diagnostic sur deux, on peut induire que la même proportion d'erreurs de diagnostic doit exister pour les faits qui manquent du contrôle nécropsique. C'est en étudiant de près tous ces faits sur lesquels je ne veux pas revenir ici, que j'ai conclu à l'impossibilité en clinique de faire un diagnostic anatomique précis du siège d'un anévrisme de la base du cou. Il faut peut-être actuellement faire une réserve en ce qui concerne la radioscopie ; je n'ai pas sur ce point une expérience suffisante pour me prononcer. Mais pour tout ce qui regarde les différences des pouls radiaux, les souffles à l'auscultation, le siège apparent des tumeurs, la sphygmographie ou la pléthysphygmographie, je m'inscris en faux contre la sécurité que tous ces signes peuvent donner pour porter un diagnostic de siège. On n'aura jamais que des probabilités, et ce n'est pas sur des probabilités qu'on pourra entreprendre une opération aussi périlleuse que l'extirpation d'un anévrisme thoracique.

C'est pour ces raisons (que j'ai copieusement développées ailleurs) que j'ai dit hardiment : ne cherchez pas à faire le diagnostic précis du siège de l'anévrisme ; contentez-vous de dire : ané-

vrisme de la base du cou ; car l'examen des faits démontre que l'autopsie a presque toujours donné un démenti éclatant à des diagnostics précis basés pourtant sur les signes les plus classiques. Qu'on sache seulement que la même méthode de Brasdor-Wardrop doit être la méthode de choix qui s'applique à tous les anévrismes siégeant sur la portion ascendante de l'aorte, sur le tronc brachio-céphalique et ses deux branches. Je laisse de côté les anévrismes siégeant à gauche du tronc innominé, qui échappent à l'intervention dont je parle et qui d'ailleurs sont infiniment plus rares. Pour les anévrismes du tronc brachio-céphalique, la question est jugée, et on ne compte plus les améliorations remarquables qui ont suivi cette opération. Les excellents articles de Walther et de Pierre Delbet, dans nos traités classiques, sont très explicites sur ce point.

Pour les anévrismes de l'aorte ascendante, les résultats de la double ligature sont des plus encourageants. On n'a, pour s'en rendre compte, qu'à distraire des tableaux connus relatifs aux anévrismes innominés les cas où il s'agissait en réalité d'anévrismes siégeant sur l'aorte ascendante depuis son origine jusqu'à la naissance de la carotide gauche. M. Le Dentu, qui a écrit très judicieusement sur cette question, rappelait en 1895 à l'Académie ses communications antérieures à la Société de chirurgie et à l'Académie même, et se déclarait partisan déclaré de la méthode de Brasdor-Wardrop pour la cure des anévrismes aortiques. Un de ses cas personnels est très significatif. De plus, il a extrait de la statistique du chirurgien américain Winslow treize cas d'anévrisme portant sur l'aorte seule : et sur ces treize opérés, cinq furent guéris, et quatre vécurent de onze mois à quatre ans. Les quatre autres ne vécurent que de cinq à cinquante et un jours.

Je citerai encore les opérés de la thèse de Acosta Ortiz et de la thèse de Blacque. Le malade de Well, quatre mois et demi après les ligatures, n'avait plus de douleurs et plus de souffle. Celui de Langley Brown allait bien 27 mois après l'opération. Une autopsie faite 15 mois après l'intervention montra à Lediard que la poche anévrismale était comblée de caillots solides. Mais je ne veux pas prolonger ici cette énumération et je n'ajouterai que quelques mots relatifs à mes observations personnelles.

Pour une malade observée avec MM. Peyrot et Gouguenheim en 1895, et pour laquelle nous avions diagnostiqué un anévrisme du tronc innominé, je vis en opérant, après avoir sectionné les insertions du sterno-mastoïdien et du sterno-thyroïdien, que la crosse de l'aorte était pour ainsi dire mangée par l'anévrisme, ou plutôt que c'était une dilatation aortique qui avait englobé le tronc brachio-céphalique, au point que la sous-clavière *gauche* émergeait de la tumeur même ; je liai la carotide et la sous-clavière droites

qui naissaient séparément de la tumeur. La circulation est restée bonne dans le membre supérieur droit, bien que ma ligature eût porté sur la sous-clavière *avant la naissance des collatérales*. Un an après l'opération, la malade n'avait plus ni cornage ni accès de suffocation.

Pour la malade dont j'ai donné l'histoire dans la thèse de Blacque, la survie ne fut que d'un mois. Mais la poche dont M. Duguet et la malade attendaient avec angoisse l'ouverture à la peau s'affaissa après l'opération, et la mort cruelle par hémorragie fut évitée.

L'autopsie montra qu'il s'agissait de deux poches dont l'une, en communication avec l'aorte ascendante, s'était rompue : c'était un anévrisme diffus surajouté à un anévrisme sacciforme de la portion ascendante de l'aorte.

Pour un Espagnol âgé de quarante-neuf ans que j'ai opéré avec Gougenheim, le résultat a été plus complet : je l'ai suivi pendant onze mois, après lesquels il a quitté la France avec des symptômes brightiques : les phénomènes de compression intrathoracique pour lesquels il avait consulté Gouguenheim, avaient totalement disparu. Il ne restait que de la dyspnée quand le malade montait un escalier ou se livrait à des efforts quelconques. En somme, au point de vue local, le résultat thérapeutique était parfait.

Je pense que j'en ai dit assez pour justifier la première conclusion que je désire formuler, à savoir que la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droites a une efficacité très appréciable dans le traitement des anévrismes de l'aorte ascendante.

La discussion de la théorie des trois courants par laquelle Richard Barwell explique le mode d'action de cette opération m'entraînerait trop loin; je rappelle que le maximum d'effet curateur se produit quand l'anévrisme est sacciforme et siège sur la paroi droite de l'aorte, comme chez la malade de M. Tuffier, et je renvoie pour les détails à l'article si intéressant du chirurgien anglais et à mes travaux personnels.

J'ai dit plus haut que cette double ligature est une opération simple et innocente. En deux mots il est facile de le prouver sans même recourir aux relevés des auteurs, qui sont entachés d'erreur, car ils contiennent tous les faits publiés, y compris ceux de la période pré-antiseptique. J'irai plus loin et j'ajouterai qu'en bonne équité, il ne faut tenir compte que des opérations faites non pas antiseptiquement, mais aseptiquement; car je me demande s'il n'y a pas quelque inconvénient à inonder le tronc des gros vaisseaux avec des solutions fortes d'acide phénique, par exemple.

Je m'en tiens ici à mes observations personnelles. Sur mes douze observations, j'ai eu deux désastres, la première et la dernière en date.

Pour la première, dont j'ai donné tous les détails dans la thèse de Poivet, il y a eu une hémiplégie tardive et l'étude attentive de l'autopsie m'a permis, je crois, de me mettre dorénavant à l'abri de cette fatale complication. Le fait est que je n'ai plus jamais constaté rien de pareil dans les onze observations suivantes. Est-ce parce que j'ai eu soin de n'opérer que des malades chez lesquels le système carotidien gauche n'était pas oblitéré? est-ce, comme l'a pensé M. Pierre Delbet, parce qu'il y a eu à ma première opération un léger degré d'infection : le fait est là, et quelle que soit l'explication, dans mon esprit je crois que l'hémiplégie tardive peut être considérée comme négligeable en l'espèce.

Ma dernière observation date du 27 juin dernier : elle n'a pas été publiée. Elle a trait à un homme de quarante-neuf ans qui depuis dix-huit mois souffrait de douleurs dans l'épaule droite et le bras droit. Un an auparavant, le Dr Forestier, d'Aix-les-Bains, avait déjà constaté une déviation à gauche de la trachée et du larynx. Lorsque je vois ce malade en juin 1901, il est soigné par les Drs Chabry et Rancurel. Depuis près de quatre mois il est tourmenté par des accès de toux coqueluchoïde à la suite desquels il expectore des crachats sanglants. Le matin, la voix est voilée. Les pupilles sont normales et on ne trouve rien d'anormal à l'auscultation du cœur. On voit déborder au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule droite une tumeur anévrismale du volume d'une mandarine. Après m'être assuré, suivant la pratique que j'ai conseillée, que la compression de la sous-clavière droite arrêtait bien le pouls radial correspondant, et que la compression de la carotide droite n'empêchait que momentanément la temporale droite de battre, je me décidai à intervenir. La nuit qui précéda le jour de l'opération, le malade faillit succomber à une crise violente de suffocation et de toux qui fut suivie comme les autres d'une expectoration sanguinolente. Le 27 juin, je pratique la ligature dans la même séance d'abord de la carotide primitive, puis de la sous-clavière droite en dehors des scalènes. Aucun incident. Catgut n° 4 (j'ai en effet remplacé la soie par le catgut dans mes dernières opérations). A dater de l'opération, les battements dans la tumeur diminuèrent considérablement et la tumeur sus-claviculaire s'était affaissée au point que le deuxième jour il fallait la palpation pour la discerner. Toute suffocation avait disparu et il n'y avait pas eu le moindre accès de toux, alors qu'avant l'opération, les accès revenaient sans cesse. L'opéré se trouvait si bien qu'il résolut à mon insu de quitter la maison

de santé de la rive gauche où je l'avais opéré pour rentrer chez lui : profitant d'une journée où il me savait absent de Paris, il se fit conduire en voiture chez lui près de la gare de l'Est, et, en arrivant à son cinquième étage, il succomba brusquement en montant dans son lit. Le Dr Chabry, appelé en hâte, ne put que constater la mort, probablement, m'a-t-il dit, par hémorragie foudroyante, car le cadavre avait du sang plein la bouche.

Il y a eu là évidemment une imprudence inexplicable, et le fait que l'opéré a traversé Paris dans une voiture le quatrième jour après cette intervention me porte à ne pas donner beaucoup d'importance à cette catastrophe au point de vue de la gravité opératoire de ces ligatures en général. Et je maintiens mon affirmation que cette opération est relativement innocente, ou du moins que sa gravité n'est pas hors de proportion avec le résultat qu'on en attend.

J'ai dit aussi qu'elle est simple. Jamais en effet je n'ai eu de difficulté à placer mes fils. Une fois seulement, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Blum, la recherche de la sous-clavière a été laborieuse, sans que j'aie pu m'expliquer pourquoi. J'ai aussi une fois ouvert une veine de quelque volume, et le sang m'a gêné un peu. Quant à la ligature en elle-même, elle ne m'a jamais donné le moindre incident immédiat. Au début je serrais lentement et prudemment avec une soie bien plate, et je craignais toujours de tomber sur un vaisseau malade qui pouvait risquer de se rompre sous ma ligature. Or, j'ai toujours été frappé de voir les vaisseaux absolument sains, même dans le voisinage le plus immédiat de la tumeur. Aussi, j'appuie absolument ce qu'a dit M. Tuffier relativement à l'intégrité des parois artérielles autour des anévrismes. Sur un malade que M. Monod a présenté complètement guéri de son anévrisme à l'Académie de médecine, quatre mois après l'opération, nous avions pensé à un anévrisme de la sous-clavière, mais, au cours de l'opération, il fut aisé de voir que la tumeur comprenait aussi le tronc brachio-céphalique. Le fil fut donc placé sur la sous-clavière, non pas en dedans de la tumeur comme nous l'avions projeté, mais en dehors et presque au ras de l'anévrisme : les parois du vaisseau résistèrent au fil de soie comme celles d'une artère absolument saine. Dans un rapport très intéressant sur cette observation, M. Berger insistait aussi sur les impossibilités du diagnostic précis du siège des anévrismes de la base du cou, et c'est à cette occasion que M. Le Dentu vanta de nouveau la double ligature pour la cure des anévrismes de l'aorte ascendante. Enfin, j'ajouterai que la chloroformisation a toujours été très régulière, et je n'ai observé au

cours de mes douze opérations aucun incident particulier dû à l'anesthésie.

De tout ce qui précède je crois pouvoir conclure que la double ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite est une opération simple et innocente. De plus, elle donne des résultats aussi favorables qu'on peut les attendre de la chirurgie, dans une maladie des parois artérielles. Enfin elle s'applique indifféremment à tous les anévrismes de la base du cou (sauf ceux très rares de la sous-clavière et de la carotide gauche), ce qui est fort appréciable puisque le diagnostic exact du siège est presque toujours impossible.

Ne suffit-il pas d'énoncer ces conclusions pour faire rejeter l'extirpation proposée par M. Tuffier, puisque l'extirpation est au contraire une opération laborieuse et périlleuse entre toutes et ne peut s'appliquer qu'à des anévrismes si choisis qu'on se demande s'il en existe de pareils ?

M. Legueu. — C'est à propos de la difficulté du diagnostic entre les anévrismes de la crosse de l'aorte et ceux des vaisseaux qui en émergent que je désire prendre la parole. J'ai été amené à intervenir dans un cas où j'avais fait avec les médecins qui soignaient le malade le diagnostic d'anévrisme du tronc brachio-céphalique ; or, l'autopsie a démontré, le malade ayant succombé deux ou trois mois plus tard d'hémorragie, qu'il s'agissait d'un anévrisme de la crosse de l'aorte.

En outre, je trouve que l'opération est moins simple que M. Guinard a bien voulu nous le dire. En effet, j'ai pu lier la carotide primitive, mais quand j'ai voulu mettre un fil sur l'artère sous-clavière, je n'ai pas pu ; et, malgré des tentatives qui ont duré un quart d'heure, j'ai dû laisser l'opération sans la terminer.

M. le Président. — D'autres orateurs étant inscrits sur le même sujet, la discussion continuera à la prochaine séance.

M. Bazy. — Je ne crois pas me tromper en disant que la communication de M. Tuffier a excité parmi nous un grand intérêt. Je crois qu'il serait préférable de ne continuer la discussion que quand le congé qu'a demandé M. Tuffier sera expiré et qu'il nous aura apporté la pièce qu'il nous a promise. Je demanderai la parole à ce moment.

Rapport.

Quatre cas de résection des canaux déférents pour dysurie prostatique, par le Dr Charier (d'Angers).

Rapport par M. E. POTHERAT.

Messieurs, vous m'avez chargé d'un rapport sur une communication du Dr Charier, d'Angers. Il y a de cela déjà quelque temps; heureusement les observations de notre confrère n'ont rien perdu de leur intérêt, malgré la date éloignée de leur présentation. Elles touchent, en effet, à une question qui est toujours d'actualité, et qui revient très souvent dans les discussions de notre Société. Cette question est celle de l'*hypertrophie de la prostate*, et des troubles de la miction qu'elle entraîne chez nombre de sujets.

Pendant longtemps, et jusqu'à il y a dix ans environ, on pensait, avec mon maître, M. le prof. Guyon, que le catéthérisme *permanent* ou *intermittent*, mais régulièrement pratiqué, constituait le meilleur et presque l'unique traitement de la rétention urinaire due à l'hypertrophie de la prostate.

Mais, à partir de 1893, une série de procédés et d'opérations nouveaux, basés, d'une part, sur une étude plus approfondie de la physiologie pathologique, et, d'autre part, sur les résultats de la physiologie expérimentale, prirent naissance soit en France, soit à l'étranger, mais surtout à l'étranger, qui se proposèrent d'amener la diminution de l'hypertrophie prostatique par une voie indirecte : castration unilatérale et bilatérale (Ramm, Haynes, White), résection des canaux déférents (Isnardi et Pavone, White et Haynes), ligature des artères spermatiques et déférentielles (White), résection bilatérale des nerfs spermatiques (Pjéwalski), résection des vaisseaux et des nerfs du cordon, angionévrectomie (Albarran, Motz), ligature en masse avec ou sans résection du cordon (Malherbe), etc.

Je n'ai pas l'intention d'examiner chacun de ces procédés, et d'ouvrir à nouveau la discussion sur leur valeur réciproque. M. le Dr Charier a mis en œuvre l'un d'eux, la résection des canaux déférents. C'est à l'examen des résultats obtenus par cet opérateur que je bornerai mon rapport.

Il a opéré quatre malades.

Le premier est un robuste paysan de soixante-deux ans.

Les premières atteintes du prostatisme remontent chez lui à une dizaine d'années, et ont été tout d'abord caractérisées par de la pollakiurie nocturne, et bientôt par des mictions plus fréquentes

non seulement la nuit, mais même le jour. Il faut dire que cet homme était, en outre, porteur d'un rétrécissement fibroïde du méat et d'un phimosis de date relativement récente, et il est probable que ces deux lésions n'étaient pas étrangères à la diminution de force du jet, d'une part, à la plus grande fréquence des mictions, d'autre part. Toutefois, la prostate présente un gros volume, et elle est certainement la cause initiale des accidents de dysurie.

Quand M. Charier vit le malade pour la première fois, il y avait cinq jours que la miction ne se faisait que par regorgement. Malgré une évacuation avec une petite sonde, la rétention persistant, notre confrère prit le parti de pratiquer à ce malade la résection des canaux déférents. Mais au préalable, il incisa le méat rétréci et fixa, nous dit-il, la muqueuse à la base du gland en hypospadias. Je ne vois pas bien l'utilité d'un si grand déplacement du méat, et je pense qu'un simple débridement avec le couteau spécial eût largement suffi.

En même temps la circoncision est pratiquée pour remédier au phimosis. Après quoi M. le Dr Charier fait la résection bilatérale des canaux déférents, dans leur portion funiculaire. Sonde à demeure, n° 18.

Les suites opératoires furent des plus simples. Au cinquième jour la sonde à demeure est supprimée, mais le malade ne peut uriner sans se sonder. Ce n'est qu'au bout de vingt-cinq jours qu'il urine « assez facilement ». Dix mois plus tard il est bien portant. L'auteur ne nous dit pas si la prostate a diminué de volume.

Il semble donc que l'intervention de M. Charier ait été favorable, et que la résection des canaux déférents ait eu un résultat absolument efficace. Mais bien que ce malade eût une grosse prostate, et quelque soin que M. Charier prenne d'esquiver cette objection, on a peine à ne pas penser que la dysurie était due au rétrécissement fibreux du prépuce, et surtout du méat. Il se peut que la vessie, en raison de l'âge du malade, en raison du développement prostatique avancé, fût dans des conditions défavorables pour lutter contre la sténose du méat, mais celle-ci pouvait bien être l'obstacle principal, et on s'explique que la section du méat, aidée du cathéthérisme permanent ou répété, ait fait cesser la rétention au bout de vingt-cinq jours.

Le deuxième malade est un homme de soixante ans. Sa prostate est volumineuse, régulière, dure. Depuis deux ans, il est obligé de se relever plusieurs fois la nuit pour uriner, mais il n'a pas eu d'accident sérieux jusqu'au jour où, après une petite réunion avec des amis, et dans laquelle le vin blanc avait coulé

assez largement, l'urine de notre homme ne voulut plus s'écouler.

Malgré un cathétérisme méthodiquement répété, et d'ailleurs facile, avec une sonde n° 18, malgré le maintien prolongé, et à deux reprises, d'une sonde à demeure, cet homme ne pouvait toujours pas uriner spontanément après quarante-deux jours de séjour à l'hôpital.

M. Charier lui pratique la résection des deux canaux déférents sur une longueur de quelques centimètres, et pratique en même temps la cure radicale d'une volumineuse hernie inguinale droite.

Suites opératoires simples. Mais pendant plusieurs jours, il fallut encore vider la vessie par cathétérisme; ce n'est que le dixième jour que le malade urine seul et vide sa vessie. Deux mois et demi après l'opération, le malade urine bien et a repris ses occupations.

Le succès thérapeutique ici a donc été complet, mais il convient de noter que le malade n'a pas été suivi au delà de deux mois et demi; que, s'il urine seul et bien, il a encore des mictions fréquentes la nuit; qu'il s'agissait en somme d'une rétention fortuite, survenue pour la première fois chez un prostatique, et que nous sommes accoutumés à voir ces apparences de guérison se produire par le seul cathétérisme plus ou moins longtemps maintenu et répété. Chacun de nous pourrait apporter un grand nombre de faits démonstratifs à cet égard.

Le troisième malade de M. Charier est un vieillard de soixante-quatorze ans. Il est robuste encore, quoique athéromateux. La prostate est volumineuse, dure, non douloureuse au toucher. C'est un vieux rétentionniste ; incomplète pendant six mois, et peut-être plus, la rétention est devenue complète depuis les six derniers mois. Il n'urine qu'en se sondant cinq à six fois par jour, et cela assez facilement; malgré ces cathétérismes répétés et faits sans précaution, la vessie n'est point infectée.

M. Charier pratique chez cet homme la résection des deux canaux déférents. L'opération n'est suivie d'aucun accident, mais, ni immédiatement, ni consécutivement, elle n'apporte aucune amélioration dans l'évacuation vésicale. Au bout de trois mois, le malade n'urinait, comme précédemment, qu'en se sondant. Donc, au point de vue thérapeutique, l'intervention chez ce malade eut un résultat absolument négatif.

Nous arrivons enfin au quatrième malade. Il a soixante-dix ans; mais il est très affaibli. Il urine mal depuis cinq à six ans, se sonde fréquemment, quoique d'une manière irrégulière, depuis dix-huit mois; sa vessie est gravement infectée; les urines sont purulentes; la vessie se vide très incomplètement, les mictions sont très douloureuses. La prostate est dure, volumineuse; mais, chez

lui aussi, il existe un rétrécissement assez serré (n° 12) du méat qui contribue manifestement à aggraver la dysurie prostatique. L'état général est mauvais.

L'opération a consisté dans un débridement du méat au thermocautère, suivi d'une résection des canaux déférents.

Grâce au débridement du méat que nous eussions mieux aimé voir faire au couteau qu'au thermo-cautère, le malade peut être sondé facilement, et, par suite, des lavages de sa vessie peuvent être renouvelés fréquemment.

Tout d'abord, le malade parut s'améliorer un peu; mais, au bout de quelques jours, l'état général reprenait son allure fâcheuse et le malade s'éteignait.

Tels sont, Messieurs, les quatre faits que nous apporte M. le Dr Charier à l'appui de la résection des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate.

Notre confrère se félicite du résultat qu'il a obtenu, au moins dans les deux premiers cas. J'avoue que, personnellement, ces faits ne me paraissent pas de nature à susciter un vif enthousiasme en faveur de cette méthode, que l'on tend, d'ailleurs, de plus en plus à délaisser. Évidemment l'intervention est des plus simples : incision de quelques centimètres sur le cordon, mise à nu du canal déférent, application de deux ligatures au catgut sur le canal, résection d'une portion intermédiaire à ces deux ligatures. Cela ne nécessite ni une bien grande aptitude chirurgicale ni une instrumentation compliquée. M. Charier a endormi tous ses malades au chloroforme; il eût pu s'éviter cette complication opératoire, non sans importance d'ailleurs chez des vieillards, surtout quand ils sont gravement infectés, comme celui de l'observation IV. L'anesthésie locale eût été bien suffisante. Les suites opératoires ne sont pas moins simples que l'opération elle-même, car il ne serait pas absolument juste de mettre à la charge de la méthode la mort du quatrième malade, tout en faisant remarquer que les statistiques de la résection des canaux déférents sont loin, je parle des meilleures, d'être vierges de décès.

Mais si l'opération est simple dans son exécution et dans ses suites, si elle a sur certaines autres méthodes l'avantage précieux de conserver deux testicules, et cette conservation n'est pas seulement une satisfaction morale, car le malade n° 2 avait gardé sa puissance génitale trois mois après l'intervention, il s'en faut néanmoins de beaucoup qu'elle ait l'efficacité thérapeutique. Et à cet égard, les résultats obtenus par M. Charier sont absolument comparables à ceux des opérateurs qui l'ont précédé ou suivi; à côté de succès en apparence merveilleux, et d'ailleurs bien souvent passagers, peu durables, des insuccès absolument complets.

En ne tenant pas compte du quatrième malade, moribond, M. Charier réussit deux fois et échoue complètement une fois. Mais dans les deux cas où il réussit, il s'agit de malades atteints de rétention aiguë, pour la première fois; le premier est opéré au bout de quelques jours, il guérit; mais il est débarrassé d'un rétrécissement étroit du méat en même temps qu'il subit la résection des déférents. Il guérit, mais il semble bien que ce fût un rétréci bien plus qu'un prostatique; le cas n'est donc pas démonstratif.

Le deuxième malade ne paraissait pas avoir d'autre cause de dysurie que son hypertrophie prostatique, mais lui aussi était atteint de rétention pour la première fois; il subit le cathétérisme pendant quarante-deux jours; il dut le subir encore pendant dix jours après son opération. Il guérit de sa dysurie, mais pour combien de temps? est-ce un succès durable? ne voit-on pas, je l'ai dit déjà, le cathétérisme amener de ces améliorations, de ces guérisons passagères, et faut-il mettre le succès obtenu sur le seul compte de la résection des déférents? Ici encore le doute est permis.

Reste donc le troisième malade. Celui-ci est bien et dûment un prostatique; c'est un rétentionniste qualifié, d'abord partiel, puis complet, avec vessie non encore infectée. C'est bien là le type du prostatique chronique, il va donc nous fournir un critérium pour juger la méthode. Or, dans ce cas, où, nous le savons, le cathétérisme est souvent insuffisant, la méthode a subi un échec complet.

En résumé, les résultats obtenus par M. Charier ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui nous ont été fournis par la plupart des opérateurs. Ils ne sont pas de nature, à mon avis, à modifier mon opinion personnelle sur la valeur de la méthode imaginée et pratiquée par Isnardi et Pavone contre l'hypertrophie de la prostate et ses accidents, et cette opinion est franchement défavorable.

Cela n'empêche, Messieurs, que les observations de M. le Dr Charier ne soient très intéressantes; elles témoignent de la valeur chirurgicale et professionnelle de notre confrère angevin, et je vous propose d'adresser nos félicitations à celui-ci, de déposer son mémoire dans nos Archives, et d'inscrire son nom en bon rang sur la liste des futurs membres correspondants.

M. Legueu. — Je veux confirmer les conclusions de mon ami Potherat.

Les observations de M. Charier sont semblables à toutes celles que nous avons connues autrefois : elles prouvent que la ligature des déférents ne sert de rien.

M. Charier a opéré des rétentionnistes, et ils ont conservé à la suite leur rétention, car la déférentectomie n'a jamais pu améliorer d'une façon sérieuse et prolongée un prostatique atteint de troubles chroniques.

En outre, il a opéré ainsi des prostatiques en rétention aiguë, et il a eu ici un très bon résultat. Mais cela ne prouve rien encore, car, dans ces conditions, tout réussit.

Aussi bien j'ai pu, il y a quelques années, conclure, dans un rapport au Congrès d'urologie, que la résection des déférents ne sert à rien, n'a aucune valeur et doit être absolument laissée de côté. Elle n'a plus qu'une indication, à mon avis, c'est lorsqu'il s'agit de prévenir des orchites à répétition. La déférentectomie est alors à la fois curative et préventive, et, à ce titre, elle peut être fort utile.

Mais, en ce qui concerne la prostate, le règne des demi-mesures est fini, et c'est à une intervention directe sur la prostate qu'on doit avoir recours toutes les fois qu'il y a des raisons de modifier par une opération l'état d'un prostatique.

Communication.

Plaie de la sous-clavière et du plexus brachial par coup de couteau. Intervention. Guérison,

par M. Félix LEGUEU.

J'ai eu à traiter dernièrement une blessure de la sous-clavière et du plexus brachial par coup de couteau. Il s'agit là d'un traumatisme rare, d'une lésion grave, pour laquelle j'ai dû faire une opération délicate et difficile. Je n'ai qu'une seule observation à vous soumettre et je le regrette, mais si, pour vous communiquer quelques réflexions, j'attendais que mon expérience fût moins restreinte, je craindrais d'avoir trop longtemps à attendre, et j'ai donc pensé qu'il était intéressant et utile d'ajouter, dès maintenant, ce fait nouveau à l'histoire des plaies du cou et de la région sus-claviculaire.

Une femme de trente à trente-cinq ans avait la manie du suicide. Jeune encore, bien portante, sans chagrins, sans misère, l'existence lui était à charge, et elle cherchait par tous les moyens possibles à se détruire. Depuis des années, une surveillance de tous les instants avait déjoué ses noirs projets.

Un soir, c'était dans les derniers jours du mois de juin dernier, elle se promenait dans le couloir de la maison de santé où elle était en observation; pendant l'absence momentanée de la surveillante, elle voit dans une chambre à côté de la sienne un couteau sur la table, elle le prend, le met dans sa poche et va s'enfermer dans les cabinets. Là, en l'absence de tout témoin, se déroule un drame dont la malade nous fit plus tard elle-même le récit.

Le couteau est pointu, d'une longueur de 20 centimètres, mais vieux, usé, émoussé de sa pointe. Pour mieux réussir à son but, elle veut viser et frapper en lieu sûr. Elle appuie sur son cou la pointe, et tenant en cette situation l'arme en sa main droite, elle se précipite sur le mur; mais le couteau n'est pas aiguisé, la peau résiste, et trente-cinq fois elle dut s'y reprendre à nouveau, car sur le mur nous voyons encore trente-cinq dépressions, produites par le manche du couteau et accusant autant d'échecs. Enfin, un nouvel élan de rage et de désespoir aboutit à un résultat. Le couteau s'enfonce, mais la mort ne vient pas. Elle saisit alors le manche avec fureur, et, l'agitant de mouvements de circonvolution, cherche à produire des désordres graves, avec cette insensibilité qui permet aux délirants de se faire, sans souffrances, de graves mutilations. La mort ne vient pas encore, mais le bras gauche pend inerte, immobile, impuissant, le coup est manqué; tout cela n'avait demandé que quelques minutes; elle retire le couteau, ouvre la porte, et, aux religieuses affolées qui la cherchaient partout, elle se montre ensanglantée mais calme, et pleurant en silence sur l'insuccès de sa tentative.

Ceci se passait vers 4 ou 5 heures du soir; le médecin de la malade, le Dr Thomas, tout de suite appelé, constata sur le milieu du cou une plaie peu saignante et mâchonnée sur laquelle il fit un pansement; le pouls était supprimé, le bras paralysé. Le lendemain, nous nous trouvions ensemble près de la malade, et voici ce que nous constations :

Au niveau de la fourchette du sternum, dans la dépression sus-sternale, on voyait une plaie contuse, mâchonnée, linéaire, longitudinale, de 2 centimètres de hauteur, fermée par accolement de ses bords. La peau, tout autour, était criblée d'éraillures superficielles, produites par les tentatives inutiles de pénétration. Toute la région du cou et sus-claviculaire était occupée par un empâtement dur, sans doute un hématome, et l'ecchymose s'étendait de ces régions à la partie supérieure de la poitrine. Le pouls radial était supprimé, mais le bras n'était pas froid; il était paralysé, flasque, impotent, et l'examen de l'innervation nous donnait les particularités que voici; je les transcris d'après la note qu'a bien bien voulu me remettre M. le Dr Thomas : On notait une paralysie des muscles antéro-internes de l'avant-bras, des muscles de la main, une abolition complète de la sensibilité sur le bord interne de l'avant-bras et de la main, sur les derniers doigts et la moitié interne des deux premières phalanges du médius; en outre, il y avait diminution de la fente palpébrale, enfoncement du globe oculaire avec myosis du même côté; cette association de troubles moteurs, sensitifs et sympathiques, nous conduisait au diagnostic de paralysie radiculaire

inférieure du plexus brachial. Quant aux troubles sympathiques, étaient-ils dus à la lésion des rameaux communiquant de la première dorsale ou à une lésion du tronc même du sympathique lui-même? ce point ne fut pas précisé.

Le couteau avait donc cheminé du creux sus-sternal vers la gauche, passant à gauche de la trachée, en avant ou en arrière du paquet vasculo-nerveux, pour aller, au bas du triangle interscalénique, couper au sommet du poumon le tronc commun des deux dernières paires du plexus brachial.

Mais que se passait-il du côté des vaisseaux? J'ai dit que le pouls radial était supprimé; les battements n'étaient pas plus perceptibles dans l'humérale ni dans l'axillaire; il y avait donc lésion concomitante de la sous-clavière, contusion ou section? Il n'y avait à la base du cou ni gros hématome, ni battements, ni souffle; la tuméfaction du creux sus-claviculaire était relativement modérée. Je penchais plutôt pour la contusion, et, tout en me préparant à intervenir, je décidai d'attendre et de me comporter suivant les circonstances.

Les jours suivants, les symptômes d'une rupture vasculaire se précipitèrent. Le pouls radial était toujours insensible, mais dans la région sus-claviculaire un phénomène nouveau se manisfestait. Alors que l'hématome primitif se tassait et disparaissait peu à peu, une tumeur anévrismale se dessinait au-dessus de la clavicule, en dehors du bord externe appréciable du chef externe du sterno-cléido-mastoïdien. Montant de derrière la clavicule, une tumeur s'élevait peu à peu, pulsatile et soufflante, qui avait bien les caractères d'un anévrisme. Un souffle rude coïncidait avec la diastole artérielle; il n'y avait donc pas de doute, il y avait là un anévrisme : ou bien l'artère était rompue incomplètement, et ses tuniques, en se dilatant, laissaient un anévrisme circonscrit, ou bien l'artère était complètement sectionnée, il se produisait là un hématome circonscrit, une de ces tumeurs que l'on appelait anévrisme faux diffus.

Cependant, la tumeur était petite; sa situation en arrière de la clavicule ne permettait guère, d'ailleurs, de la délimiter. Il y avait en même temps des douleurs extrêmement vives sur le trajet des nerfs du bras; ces douleurs nous paraissaient dues ou à la contusion du plexus brachial ou à la compression par l'anévrisme. Nous devions voir plus tard, au cours de l'opération, que la compression du plexus brachial par la tumeur anévrismale était bien réllement la cause de ces douleurs.

Toutefois, il devenait nécessaire de faire quelque chose; la tumeur augmentait d'ailleurs de jour en jour, elle devait fatalement se rompre un jour ou l'autre. Mais pour opérer, comme rien ne pressait, j'attendis que la plaie superficielle pré-trachéale fût fermée, et que toute trace de suppuration fût éliminée de ce côté.

Pendant une huitaine de jours, je fis sur le cou des pansements simples; j'aurais bien voulu faire la compression de la tumeur anévrismale, mais il était absolument impossible d'y parvenir. La tumeur était située trop en arrière de la clavicule pour être comprimée avec efficacité; de plus, la pression du doigt était à ce niveau si douloureuse,

qu'il n'y avait pas à penser exercer à ce niveau une compression efficace.

Au bout de dix jours, la plaie antérieure était à peu près cicatrisée. Je me décidai à opérer, autorisé par la famille et encouragé par cette malade qui avait à l'opération des intérêts très différents des miens, car elle me disait la veille : « Vous m'opérez, mais je vous défends de me guérir, je ne veux pas en revenir ».

L'opération devait consister à aborder à la fois la sous-clavière et les deux dernières paires du plexus brachial; à suturer ces dernières, s'il y avait lieu, et à lier la sous-clavière en dedans de l'anévrisme. Comme l'anévrisme était en avant des paires nerveuses, je devais d'abord m'occuper de l'artère. C'était d'ailleurs la partie la plus délicate.

L'opération eut lieu le lundi 8 juillet avec l'assistance de mes internes Chevassu et Duclaux, en présence de mon confrère le Dr Thomas, le médecin de la malade, et de M. Duval, prosecteur à la Faculté.

La malade est endormie au chloroforme.

Je me place assez près de la tête de la malade, de manière à regarder le creux sous-claviculaire de haut en bas, vers le thorax.

Sur le bord à peu près du sterno-mastoïdien, je mène une ligne parallèle à ce bord qui va de la clavicule jusqu'au sommet du creux sous-claviculaire. Sur cette ligne, j'en amène une autre qui suit horizontalement la clavicule et se termine en dehors à peu près au niveau de l'apophyse coracoïde.

J'ai ainsi un lambeau triangulaire dont la pointe correspond aux insertions claviculaires du sterno-mastoïdien et que je dissèque et relève vers le dos, de manière à avoir à un bout le creux sous-claviculaire.

La veine jugulaire externe est pincée en haut et en bas et réséquée.

Je défonce l'aponévrose, excise le tissu graisseux qui comble cette région, me débarrasse en le sectionnant de l'omos-hyoïdien, et j'arrive ainsi rapidement à la région délicate; j'aperçois en effet en dehors du bord reconnaissable du scalène antérieur les deux paires supérieures du plexus brachial, la 5e et la 6e.

Je les suis de dedans en dehors et je les vois plonger au niveau de leur partie externe au milieu d'une masse de couleur plus foncée, que je vois battre et qui me paraît être la poche de l'anévrisme.

Je sépare tout de même ces deux paires nerveuses de la tumeur en question et elles se laissent facilement détacher.

Je me trouve alors en présence d'une tumeur anévrismale, à poche tendue, qui bat sous mes yeux : cette tumeur, faite de caillots accumulés, occupe à la fois le creux sous-claviculaire et l'espace interscalénique. Elle me cache complètement les paires inférieures du plexus brachial, et avant d'aller plus loin, je dois me défaire de l'anévrisme et assurer l'hémostase.

Mais voici qu'une première difficulté surgit : je voudrais lier la sous-clavière en dedans de la tumeur sans l'ouvrir, mais, comme elle est située entre les scalènes, je ne puis rien voir qui ressemble à une portion saine d'artère.

Je cherche donc à libérer tant bien que mal cette poche, mais, en fait de poche, il n'y en a pas : ce sont des caillots accolés qui forment tumeur; ils se déchirent et un jet de sang aveugle mon champ opératoire. Je comprime du doigt, mon doigt rencontre la côte et heureusement fait hémostase. Mais à nouveau je suis acculé à une nouvelle difficulté. Je cherche toujours à voir la sous-clavière saine, mais mon doigt bouche l'espace interscalénique : si je l'enlève, l'hémorragie est abondante ; si je le laisse, je ne vois plus rien.

Voici alors ce que je me décide à faire. Je prie mon aide de faire à ma place la compression de l'artère, et, disséquant le phrénique, le protégeant avec un écarteur, je coupe le bord externe du sterno-mastoïdien et le scalène antérieur aussi près que possible de la côte. Je vais prudemment, car la veine sous-clavière gonflée est en avant, en dedans la grosse jugulaire se voit, et le dôme pleural s'agite en des mouvements réguliers que je voudrais respecter.

Je parviens cependant à placer une pince sur la sous-clavière, en dedans des scalènes ; l'hémorragie cependant n'est pas arrêtée, mais elle est considérablement diminuée. Je crois qu'elle provient aussi du bout extérieur; de ce côté, je place une pince et l'hémorragie s'arrête. En épongeant la plaie, nous voyons alors très nettement que l'artère sous-clavière a été coupée entre les deux scalènes ; la section est incomplète, il y a entre les deux bouts de l'artère un petit point de la paroi antérieure qui les retient en contact et s'oppose à leur écartement.

Et cependant, à cette profondeur et dans cette région, il ne saurait être question de faire la suture artérielle. Je me mets en devoir de faire la ligature des deux bouts : le bout externe est facilement lié. Pour le bout interne, je dois avec prudence séparer l'artère du dôme pleural pour passer sous elle, et bien serré, un bon fil de soie.

Dès lors, la première partie de l'opération est terminée; elle a duré près d'une heure.

Il me reste maintenant à m'occuper des deux paires nerveuses ; ce second temps de l'opération va être plus facile et plus rapide.

Je trouve facilement la septième paire cervicale, qui, en abordant le canal transversaire, est large, épaisse, très renflée. Plus bas, je vois la huitième; elle est elle-même très grosse, elle paraît enveloppée d'une gangue cicatricielle. Au-dessous d'elle, je dégage la première cervicale, que je suis jusqu'à l'apophyse transversaire. Elle est aussi un peu englobée dans le tissu de cicatrice qui enserre la huitième, mais moins que cette dernière. Ni l'une ni l'autre n'est sectionnée. Le tronc commun résultant de leur réunion est de même intact, il n'est pas coupé, mais j'y vois dans le névrilème des contusions fibrillaires.

Les fibres sont contuses et sectionnées, leur place vide laisse dans la gaine des espaces morts ; les autres fibres intactes semblent au large dans une gaine trop ample. Je pense que la pointe du couteau a pénétré à ce niveau, et, dans la gaine, labouré plus ou moins le tissu nerveux.

Dans ces conditions, il me paraît inutile de faire la résection de ces racines, car, ce faisant, je couperais les fibres intactes dans l'espoir de reconstituer celles qui ne le sont plus. Je n'ai qu'à faire la libération

des racines, et à les séparer du tissu cicatriciel qui les enveloppe. La septième paire est simplement renflée, je n'y puis rien faire.

La huitième cervicale, au contraire, et la première dorsale, sont enveloppées d'un tissu fibreux que j'excise.

Dès lors, l'opération est terminée, les muscles sont suturés, ainsi que la peau ; je laisse un drain par précaution.

La malade supporta à merveille cette opération, et les suites en furent très bénignes. Le drain fut retiré au bout de trois jours, et les fils après dix jours ; la réunion s'était faite par première intention.

Dès le soir de l'opération, on constatait une paralysie totale du bras ; cette paralysie devait durer à peu près complète pendant les trois semaines que je suivis la malade ; à la fin seulement, quelques mouvements reparurent dans l'avant-bras, mais ils furent assez limités, et on peut dire que la paralysie fut totale ; il n'en était pas de même de la sensibilité, qui se maintint dans les limites qu'elle avait avant l'opération.

La malade continua à éprouver des douleurs ; elles ont paru moins vives qu'avant ; ce sont des fourmillements, des engourdissements, des éclairs au moindre choc.

Dans la pathogénie de ces douleurs, des influences multiples interviennent ; il est certain que des lésions dégénératives s'accentuent progressivement et ont exagéré après l'opération une paralysie qui tient à la destruction progressive des cylindraxes. Les douleurs s'expliquent par l'influence irritative que ce traumatisme lui-même a engendrée.

Quant à la circulation, rien dans l'aspect du membre n'a indiqué qu'elle fût en quelque sorte troublée. Il n'y a pas de battement artériel nulle part, mais le membre est chaud, la peau colorée ; il n'y a pas de troubles circulatoires.

Actuellement, huit mois après l'opération, l'état de la malade est le suivant :

La circulation est réduite au minimum, le pouls n'est en rien perceptible.

La sensibilité, à peu près intacte au bras, est supprimée le long du bord externe de l'avant-bras, suivant une ligne qui finit en pointe au coude. A la main, la sensibilité est supprimée dans le domaine du cubital, jusqu'à la face interne du médius.

La motricité, affaiblie pour l'avant-bras, est nulle dans la main, bien que l'excitation électrique détermine quelques légers mouvements des doigts.

L'atrophie musculaire va croissant de la racine du membre vers l'extrémité ; elle est considérable à la main.

Telle est mon observation ; elle est intéressante à plusieurs points de vue ; mais, pour en tirer quelques réflexions, quelques conclusions utiles, je demande à séparer deux éléments qui furent ici réunis, la plaie artérielle et la plaie nerveuse.

Les blessures de la sous-clavière sont rares, et la situation profonde du vaisseau explique cette relative immunité.

Le voisinage de la clavicule est cependant un danger : dans les fractures de la clavicule on voit quelquefois des lésions vasculaires, mais alors presque toujours l'artère et la veine sont lésées simultanément. Dans le travail de Gallois et Pioget (1), il n'y a que trois cas de blessures isolées de l'artère, l'un de Heath, un autre de Twynam (mort trois jours après) ; le troisième est de Reboul, mais la tunique externe de l'artère était seule rompue.

La sous-clavière peut encore être atteinte par des balles ou des instruments tranchants ou piquants.

Bramann a réuni quinze cas de blessures de la sous-clavière par armes à feu, et Rotter (1), en 1893, dans un important travail, rapportait quinze cas de blessure de cette artère par des instruments tranchants ou piquants, auxquels je puis ajouter quelques observations ultérieures.

La gravité de ces blessures est très sérieuse ; le blessé est exposé à une série de complications et d'accidents.

L'hémorragie immédiate constitue elle-même un danger ; le malade de Langenbeck mourut avant l'opération d'hémorragie. Celle-ci est ordinairement considérable, et détermine le plus souvent une syncope qui, en arrêtant l'hémorragie, sauve la vie. Ici il n'y eut pas d'hémorragie extérieure, et le fait est assez rare pour être souligné. C'est que le trajet de la plaie était trop irrégulier et que la sous-clavière était trop loin du sternum. L'hématome n'avait pas non plus des dimensions très considérables, mais il augmentait et il aurait fini par se rompre si je n'étais intervenu à temps.

Ainsi s'expliquent ces hémorragies secondaires qui ont coûté la vie à plusieurs malades : à celui de Roux, qui mourut après la ligature ; à celui de Will, qui, opéré au dix-neuvième jour, mourut pendant l'opération.

Alors même que les choses se passent au mieux et qu'il guérit, il présente ultérieurement un anévrisme traumatique artériel ou artério-veineux qui, lui aussi, constitue un danger et nécessitera le plus souvent une opération.

L'intervention est donc toujours nécessaire, et elle doit être aussi hâtive que possible.

L'opération est difficile : tous ceux qui ont eu à intervenir dans ces circonstances font allusion à ces difficultés de l'opération dans une région riche en contacts dangereux, et d'ailleurs déformée par le traumatisme. Thiersch et Uhde (1863) même n'ont pu

(1) Gallois et Pioget. Déchirures vasculaires par fractures fermées de la clavicule. *Rev. de chir.*, 1901, p. 181.

(2) Rotter. Die Stichverletzungen der Schlüsselbeingefässe. *Samml. klin. Vortr.*, LXXII p. 405, 1890-1894.

arriver à trouver le vaisseau blessé et ont dû se contenter de pratiquer le tamponnement.

Aussi l'opération est-elle assez grave; l'opéré d'Uhde mourut à la suite de l'opération, celui de Thiersch (1865) mourut au vingt-sixième jour, mais d'infection purulente, il est vrai; un opéré de Langenbeck succombait à la suite de la ligature de la sous-clavière pratiquée trois semaines après l'accident; enfin un autre, opéré par Cuvillier (1869) deux mois après la blessure, mourut après la ligature de la sous-clavière et de la carotide.

Au contraire, le malade de Rotter, opéré pour hémorragie secondaire d'un anévrisme artérioso-veineux par la ligature de la veine et de l'artère, a guéri. Ont guéri encore les blessés de Parthey (1), de Causland (2), de Ziegler (3).

Je suis donc heureux d'ajouter un nouveau succès à l'actif de la ligature de la sous-clavière. Le résultat a été favorable, bien que la ligature ait été faite en dedans des scalènes, avant toutes les collatérales, et l'absence de toute complication nous montre une fois de plus combien l'asepsie a modifié le pronostic des interventions sur les gros vaisseaux. Il est intéressant en outre de remarquer que la ligature de la sous-clavière ne trouble pas notablement la nutrition du membre, car dans un seul cas il y eut gangrène d'un doigt.

Le traitement de choix consiste dans la ligature des deux bouts du vaisseau sectionné. Si l'on peut, il est préférable de placer une ligature d'attente en deçà de la rupture; mais la plupart du temps les dimensions de l'hématome sont telles qu'on est obligé de l'ouvrir pour faire ensuite l'hémostase comme je l'ai fait. D'ailleurs la région est tellement déformée qu'il est très difficile de trouver le vaisseau blessé, et tous les chirurgiens qui ont eu à intervenir dans ces circonstances se sont préoccupés d'avoir du jour et d'y voir clair. Langenbeck conseille même de sectionner la clavicule; grâce à cette section, il trouva l'artère malgré un énorme hématome, et Rotter y eut également recours.

Lorsque la blessure siège sur la troisième portion de la sous-clavière ou sur l'origine de la sous-clavière, il se peut qu'elle facilite la découverte du vaisseau. J'ai pu m'en passer, puisque sur ma malade la blessure était plus haute et que je ne m'étais pas d'ailleurs donné beaucoup de jour.

Les blessures du plexus brachial sont rares, et la rareté des plaies s'expliquera d'autant mieux qu'il s'agit d'une racine plus

(1) Parthey. *Deutsche Militärärzliche Zeitschrift*, Berl., 1900, XXIX, 515-521.
(2) Causland. *Med. Presse and Circ.*. 1898, p. 1, LXVI, 621.
(3) Ziegler. *New-York med Journ.*, 1897, LXV, 704.

inférieure. Le plus souvent elles sont consécutives à une plaie de la région sus-claviculaire.

Les racines basses ont été lésées dans les cas de Barwinkel et de Seeligmüller, d'après ce que je lis dans l'excellente monographie de MM. Duval et Guillain (1), et elles s'accompagnaient alors de graves désordres vasculaires et osseux.

Pour ces raisons, les occasions d'intervenir sur ces racines du plexus brachial ont été rares jusqu'alors, et le plus souvent il s'agissait d'arrachement, d'élongation, de contusion.

Wallis (*Soc. clin. de Londres*, 14 janv. 1888) vit une malade qui, à la suite d'une luxation de l'épaule, eut une paralysie complexe du bras avec anesthésie totale; il intervint. Sur le plexus brachial, dans le creux sus-claviculaire, il trouva les racines du plexus englobées dans une masse cicatricielle adhérente au périoste; il détruisit les adhérences et libéra complètement les névromes. La guérison fut lente, mais complète.

Tuffier, en 1899 (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 16), dans un cas de paralysie radiculaire complète, consécutive à une luxation antérieure de l'épaule, mit à nu le plexus brachial, abattit les tubercules antérieurs des apophyses transverses et découvrit le segment sus-transversaire des racines. Les trois racines supérieures portaient des névromes, suites de ruptures fibrillaires au bord même des apophyses transverses. On pratiqua la libération de ces névromes ainsi que l'excitation directe des racines.

Déjà, quelques années auparavant, Thorburn, en 1897, avait fait la suture intégrale des racines rompues dans leur segment extra-rachidien. J'emprunte toujours ces détails à P. Duval : c'était une femme de seize ans; à la suite d'une traction violente du bras, elle eut une monoplégie brachiale avec anesthésie totale sauf à la bande des nerfs intercostaux. Sept mois après l'accident, Thorburn met à nu le plexus brachial; il trouve les cinq racines rompues dans leur traversée scalénique, sectionne la clavicule pour découvrir les racines basses et suture respectivement les cinq racines du plexus. Quatre ans après la malade était très améliorée.

Mon observation vient quatrième après ces dernières. Elle est d'autant plus importante que l'action devait se limiter aux paires inférieures, les plus rarement atteintes et certes les plus difficiles à aborder.

Je laisse de côté l'intervention directe sur l'élément nerveux et le résultat qui a suivi : j'ai fait la libération des trois dernières

(1) P. Duval et G. Guillain. *Les paralysies radiculaires du plexus brachial*, p. 75. Paris, Steinheil, 1901.

paires, je n'ai pas fait de résection, et le résultat a été ce qu'il aurait été après une intervention semblable sur un nerf quelconque.

Je veux surtout m'arrêter au procédé d'accès à ces racines inférieures, à la voie qui permet le mieux de les atteindre.

Duval conseille l'incision suivie par Tuffier : incision oblique en bas et en dehors suivant la bissectrice du triangle sus-claviculaire; elle commence à hauteur de la grande corne du cartilage thyroïde et descend à 2 centimètres au-dessous du milieu de la clavicule. « Mais pour atteindre facilement les deux racines basses, 8 centimètres à 1 décimètre, la section de la clavicule est nécessaire. » Alors la clavicule est abaissée au niveau de sa section par un écarteur, qui protège et récline en même temps les vaisseaux sous-claviers rétro-claviculaires.

Cette section de la clavicule, que Thorburn avait déjà pratiquée, ne me semble même pas utile. J'ai pu m'assurer sur le cadavre qu'elle ne donne aucun jour nouveau et qu'elle n'ajoute rien comme facilité à la découverte.

Je n'en dirais pas autant de la résection de la clavicule, mais, avec la technique que j'ai suivie, j'ai pu me passer de toute intervention osseuse. J'étais cependant dans de mauvaises conditions, puisqu'il y avait lésion vasculaire et que j'avais affaire exclusivement aux paires basses.

Pour cela, voici ce que je propose : à l'incision unique et oblique proposée par les auteurs précédents, je préfère une double incision, dont l'une, oblique, suit le bord postérieur du sterno-mastoïdien, l'autre, horizontale, suit la clavicule de dedans en dehors et va presque à la coracoïde. Le lambeau triangulaire, ainsi limité est relevé en haut, permet une dissection de toute la région et donne un jour immense sur un foyer où il est nécessaire de voir et de ne pas agir à l'aveugle. L'opérateur se place du *côté de la tête*; j'attache à cette situation une importance capitale; elle permet de plonger sous la clavicule et de suivre aussi loin qu'il est nécessaire les organes situés dans l'angle inférieur du triangle sus-claviculaire.

Et c'est ainsi, avec cette large découverte de la région, qu'on peut bien voir tout ce qu'il faut, et, dans mon opération, j'ai pu exécuter tous les temps avec sécurité.

M. Ricard. — J'ai eu dernièrement à intervenir dans un cas de section par un coup de couteau des paires radiculaires supérieures du plexus brachial.

Sans rechercher ce qui pouvait avoir été fait avant moi sur ce sujet, j'ai fait l'incision banale, celle qui permet de découvrir

facilement le plexus brachial, celle que nos dissections nous ont apprise, c'est-à-dire une incision le long du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, que j'ai retournée ensuite en L, au niveau de la clavicule. J'ai mis à nu très facilement le plexus brachial. J'ai vu qu'il s'agissait d'une section d'une paire radiculaire supérieure, mais le bout périphérique était assez éloigné du bout central ; j'ai été obligé, pour les affronter l'un à l'autre, de soulever le bras et le moignon de l'épaule. J'ai constaté en outre une section complète du nerf phrénique du même côté, et, chose remarquable, le blessé ne présentait aucun trouble respiratoire.

J'ai suturé les deux bouts de ce nerf, et le malade sortait dix jours après l'opération, ne présentant que les troubles nerveux résultant de la section de ces nerfs.

Présentations de malades.

Perforation congénitale circulaire du voile du palais, avec extrême minceur des tissus. Staphylorraphie par le procédé en deux temps.

M. Ehrmann. — La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie paraît, à première vue, un cas très banal de staphylorraphie; je n'aurais pas eu la pensée de l'amener ici, s'il ne s'agissait de l'application du procédé palatoplastique en deux temps à une de ces divisions postérieures, partiellement recouvertes d'une membrane que sa minceur rend translucide, avec voile atrophié, à bords tranchants réduits au simple adossement des deux muqueuses, et pour lesquelles le succès de la suture par le procédé classique est toujours fort aléatoire. En tout cas, n'est-il réalisable qu'à la faveur d'un avivement porté très en dehors, au grand détriment de la souplesse ultérieure de l'organe; et il est de règle, en matière de staphylorraphie, de toujours ménager les parties molles autant qu'on le pourra.

Très utile chez l'enfant jeune, dont les tissus délicats et fragiles ont avantage à être vascularisés avant la suture en vue d'une réunion efficace, le procédé de J. Wolff, dont j'ai développé les indications dans une communication récente à l'Académie de médecine (1), ne rencontre chez l'adulte que des applications

(1) Considérations sur la palatoplastie en deux temps dans les divisions congénitales du palais. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 15 octobre 1901.

exceptionnelles. Ce n'est, à vrai dire, que dans les cas analogues à celui qui se trouve sous vos yeux, que réellement il s'impose.

Je l'ai employé quatre fois déjà dans des conditions locales identiques : trois fois chez des enfants (de vingt et un mois, de cinq et de six ans), une fois chez l'adulte (jeune homme de dix-huit ans).

La malade que je présente aujourd'hui est une jeune fille de vingt-deux ans, originaire de la Charente, que M. Reclus m'a fait l'honneur de me confier, dans son service de l'hôpital Laënnec. Elle présentait au voile du palais une perforation congénitale circulaire, comme enlevée à l'emporte-pièce dans un diaphragme muqueux très mince qui s'étendait, en forme de large losange, de l'épine palatine légèrement bifide à l'origine des demi-luettes. Le diamètre de la perforation était de 8 millimètres; la distance qui séparait son bord supérieur de l'épine palatine, de 11 millimètres; la hauteur du pont qui limitait son bord inférieur, de 5 millimètres. La luette, rudimentaire, était représentée par deux petits tubercules flottants, dont le gauche était sensiblement plus élevé que son congénère.

Le premier temps de l'opération fut effectué le 4 mars dernier. Je décollai la fibro-muqueuse et désinsérai le voile, comme dans une uranoplastie proprement dite, en ayant soin de prolonger les incisions latérales assez avant pour pouvoir détacher le périoste de toute la surface de la voûte palatine.

La malade fut ensuite abandonnée à elle-même pendant huit jours.

La vascularisation déterminée par la fluxion collatérale qui toujours suit le décollement du périoste palatin amena graduellement l'épaississement des tissus, si bien que quand, au neuvième jour, je procédai à la suture, elle put se faire avec la plus grande facilité sous un avivement qui ne dépassait pas d'un millimètre et demi le diamètre externe de la perforation. Il va sans dire que le pont unissant les demi-luettes avait été supprimé, afin de rétablir leur niveau, et qu'en avant j'avais prolongé les faces d'avivement en un $\wedge$ très fermé, de manière à obtenir une ligne d'ensemble correcte. Cinq fils métalliques furent appliqués. Les demi-luettes s'étaient si bien développées dans l'intervalle des deux séances, que je pus y placer aisément trois soies fines, ce qui jamais n'eût été possible si l'on avait tenté l'opération d'emblée. Naturellement elles se sont rétractées depuis l'ablation des sutures, en sorte que cet appendice ne présente en définitive qu'une saillie minime; du moins, la symétrie des deux moitiés du voile est-elle rétablie d'une manière parfaite, jusqu'à son extrémité.

A mesure que s'effectuait le dégorgement des parties molles, on a vu la partie médiane du voile se dessiner sous forme d'un centre ovale fibreux, grisâtre (1); mais la cicatrice acquise est d'une solidité qui, à en juger du reste par les cas que j'ai précédemment observés, écarte toute crainte pour l'avenir.

M. P. Michaux. — Je présente également à la Société de chirurgie un jeune homme de vingt-deux ans que M. Ehrmann a traité dans mon service pour une grosse fissure palatine. Ce jeune garçon, atteint de bec-de-lièvre complexe avec saillie énorme de l'os incisif et division complète de la voûte et du voile du palais, avait été antérieurement opéré par moi, mais, comme je n'avais pas opéré le détachement du voile du palais par section de l'aponévrose palatine, le voile seul était resté rapproché ainsi que la partie antérieure de la muqueuse de la voûte palatine. M. Ehrmann a eu l'amabilité de venir réopérer ce malade dans mon service, et, comme la partie antérieure d'un des lambeaux était très étroite, il a eu recours également dans ce cas à son procédé de palatoplastie en deux temps. J'ai été extrêmement frappé de la mobilisation très complète opérée par le détachement de la muqueuse palatine et la section de l'aponévrose du voile. Le résultat, comme on peut le voir, est parfait. Au sixième jour environ, M. Ehrmann a suturé les lambeaux détachés, le rapprochement a été facile et parfait. J'ai ultérieurement utilisé le lambeau adhérent au lobule du nez pour séparer les deux narines, j'ai rapproché les deux lèvres et le résultat final est aussi satisfaisant que possible, étant donnée l'affreuse difformité existant antérieurement.

M. Ehrmann. — J'ignorais, en venant ici, la coïncidence qui allait réunir ces deux malades. Ainsi que vient de l'exposer M. Michaux, si j'ai eu recours chez son sujet au procédé en deux temps dont j'établissais à l'instant pour l'adulte le caractère exceptionnel, c'est que l'insuccès partiel qui avait suivi la première opération avait réduit l'attache antérieure du lambeau droit à un pont très étroit, fixé assez superficiellement à la membrane cicatricielle qui recouvrait l'apophyse palatine, et que, d'autre part, il était nécessaire de lui offrir tout le jeu possible, puisque même, pour combler l'ouverture, il fut nécessaire d'emprunter du côté gauche un triangle de muqueuse

(1) Les orifices d'entrée de deux sutures métalliques ne sont pas fermés encore. Comme la malade était pressée de rentrer dans son pays, il n'a pas été possible d'attendre pour sa présentation leur cicatrisation définitive, qui n'est d'ailleurs qu'une question de peu de jours.

vomérienne. Dans ces conditions, on pouvait craindre pour la vitalité d'une partie du lambeau droit, en cas de suture immédiate. Mais j'insiste sur ce point, que l'emploi du procédé en deux temps a été ici une mesure de précaution, et non plus une indication de nécessité comme dans le cas que j'ai communiqué tout à l'heure, précaution légitimée par mon désir de réussir à coup sûr, de justifier la confiance dont m'avait honoré M. Michaux en réclamant mon concours auprès de ce malade.

M. Proust présente un malade à qui il a fait une *Prostatectomie totale*. — Rapporteur : M. Guinard.

M. Launay présente un malade auquel il a fait une double suture du cœur pour une double *plaie du ventricule gauche.*

Ulcérations buccales.

M. Delorme. — J'ai l'honneur de montrer à la Société de chirurgie, aux fins d'obtenir de mes collègues un diagnostic précis, un malade très intéressant, âgé de cinquante-quatre ans.

Il présente depuis onze mois, au niveau du frein de la langue, une ulcération profonde, sécrétante, aux bords peu durs et peu végétants. Sur la partie latérale droite de la langue et au niveau du V lingual, se retrouvent des ulcérations peu étendues, végétantes.

Il est atteint de leucoplasie buccale. Il est grand fumeur et a présenté un accident spécifique en 1870; un de nos collègues l'a opéré il y a onze mois; la récidive a été presque immédiate. Petit ganglion sous-maxillaire depuis quelques jours.

Des dermatologistes éminents, le chirurgien qui l'a opéré, ont porté le diagnostic de cancroïde; un syphiligraphe dont l'opinion fait autorité, celui d'accidents spécifiques. Le traitement classique par les injections de calomel, d'huile grise, de biiodure, n'a eu qu'un résultat nul.

Le diagnostic d'actinomycose et de botriomycose n'a pas été affirmé par l'examen microscopique et l'iodure de potassium a haute dose a donné un coup de fouet à la maladie. L'examen bactériologique a été négatif au point de vue tuberculose, bien que l'affection se soit développée chez ce malade peu après la mort de sa femme, atteinte de tuberculose laryngée.

L'examen de ce malade, fait par un grand nombre de membres de la Société de chirurgie, a fait ressortir, une fois de plus, les difficultés diagnostiques de cette affection.

Ceux d'épithéliomas et d'accidents spécifiques ont été le plus souvent prononcés. M. Delorme réserve celui de tuberculose, jusqu'à ce que l'inoculation aux animaux ait donné un résultat positif ou négatif. Le frère de ce malade, atteint de leucoplasie et d'ulcérations analogues, est actuellement guéri.

M. Delorme tiendra la Société de chirurgie au courant de l'histoire de ce malade.

Présentations de pièces.

Corps étranger du coude, d'origine traumatique (?). *Arthrotomie* (1).

M. Bazy. — Ch... (Louis), domestique, âgé de vingt et un ans, entre le 12 mars 1902 dans mon service (salle Gosselin), hôpital Beaujon.

A la suite d'une chute, il y a trois mois, il vit apparaître une grosseur située au niveau du coude, immédiatement au-dessus et en arrière de la tête du radius.

Son volume est celui d'une petite amande irrégulière. Il fait apparaître la saillie par un mouvement de pronation de l'avant-bras demi-fléchi, et les doigts étant placés en crochet comme s'il voulait agripper un corps un peu gros.

Une fois que la grosseur a fait saillie, l'avant-bras reste dans la demi-flexion. L'extension complète est impossible. La flexion de l'avant-bras seule ne fait pas sortir la grosseur.

La tumeur est lisse, de forme irrégulière. Les conditions dans lesquelles s'est montrée cette grosseur sont peu déterminées, le malade racontant qu'en tombant d'une échelle il a essayé de se soutenir avec la main droite. Il pense que le membre a été tordu à ce moment, et la grosseur a fait son apparition immédiatement après. Il n'a pas reçu de coup sur le coude.

Au moment de la chute, pas de douleur.

Lorsque la grosseur fait saillie, le malade souffre parfois. Depuis six ans, il ne pouvait pas étendre complètement l'avant-bras. Mais il n'a jamais souffert et n'a jamais été entravé dans son travail.

C'est tout ce qu'on peut relever dans les antécédents.

Opération le 17 mars.

Le malade ayant fait saillir, par le mouvement qu'il connaît bien, le corps étranger, on cocaïnise la région et on fait sur ce corps étranger une incision ; on le fait sortir en le soulevant par un mouvement de levier.

(1) Observation prise par M. Hernandez, externe du service.

Il est arrondi comme une pièce de monnaie et est un peu plus grand qu'une pièce de 50 centimes ; il est aplati et mesure 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Il n'est pas plat, mais légèrement incurvé suivant la surface.

Il est très lisse, blanc, brillant, dur, comme cartilagineux sur sa face convexe et sur ses bords, et blanc jaunâtre sur sa face concave. Il paraît dans tous ces points recouvert de cartilage, sauf au niveau de sa face concave, dans la région jaunâtre, où il est moins lisse.

La radiographie n'a pas donné de résultat.

Liquide céphalo-rachidien prélevé chez deux malades ayant subi un traumatisme cranien.

M. Demoulin présente des *tubes à essai*, contenant du liquide céphalo-rachidien fortement teinté par le sang, liquide prélevé par la ponction lombaire, chez deux malades ayant subi un traumatisme cranien.

Trois de ces tubes contiennent, chacun, un centimètre cube environ de liquide céphalo-rachidien rouge groseille, recueilli chez un homme de quarante-cinq ans, camionneur, qui a eu la tête prise entre la roue du véhicule qu'il conduisait et le sol. Il y a deux plaies au crâne, l'une dans la région pariéto-occipitale gauche, sans fracture, l'autre dans la région pariétale droite, accompagnée d'enfoncement.

La ponction lombaire a été pratiquée par M. Petit, interne du service de M. G. Marchant (que j'ai l'honneur de suppléer en ce moment), deux heures après l'accident.

Les trois autres tubes contiennent, ensemble, environ 25 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, comme le premier, fortement teinté de sang. Ici, la ponction lombaire a été faite quarante-huit heures après un traumatisme cranien, suivi d'une plaie légère de la région pariétale gauche, sans fracture.

Les signes cliniques présentés par le malade étaient ceux d'une commotion cérébrale d'intensité moyenne. La ponction a été pratiquée par M. Petit, pour remédier à une céphalée frontale des plus violentes ; elle a été suivie de soulagement.

J'apporte ces faits à titre de renseignements ; je ne saurais en tirer d'autre conclusion que celle-ci : Tout traumatisme cranien d'une certaine intensité peut s'accompagner d'hémorragie dans l'espace sous-arachnoïdien.

M. Michaux. — Si M. Demoulin avait fait une radiographie, on pourrait peut-être voir s'il existe ou non une fracture.

M. DELORME. — Je rappellerai qu'il y a quelque vingt-cinq ans, Duret a montré dans sa thèse si remarquable que, dans les cas de commotion moyenne du crâne sans fractures, il existait toujours un épanchement sanguin dans les lacs sous-arachnoïdiens. Le moyen de diagnostic donné par M. Tuffier pour les fractures du crâne est donc loin d'être pathognomonique. Sa valeur est toute relative.

M. BAZY. — Au reste, ce qui est important dans les traumatismes craniens, ce n'est pas la fracture du crâne, mais les lésions cérébrales qu'ils déterminent.

M. DEMOULIN. — Je remercie M. Michaux de m'avoir fait penser à la radiographie, et M. Delorme d'avoir rappelé les remarquables travaux de Duret.

M. LAUNAY présente la radiographie d'une *luxation complète du coude en dehors*, qu'il a opérée. — M. Lejars, rapporteur

---

Présentation d'instrument.

Pince à sutures.

M. DELORME. — J'ai l'honneur de vous présenter, de la part de M. le Dr Schisgal, de Vernon, un instrument commode, original et ingénieux, une pince à sutures.

Elle rappelle dans son ensemble la pince à emporte-pièce dont se servent les ouvriers cordonniers pour perforer les empeignes des chaussures et y appliquer des œillets. Elle se compose d'une partie fixe, de deux branches croisées en X et d'une aiguille tubulée, mobile ou fixe à volonté.

Les extrémités terminales des branches étant écartées, puis rapprochées, la peau est saisie ; une pression légère exercée près de ces extrémités suffit pour que l'aiguille perfore les lèvres de la plaie ; le fil est engagé dans l'aiguille, retenu, et la pince retirée.

Cet instrument est simple, commode et de désinfection facile.

La Société ne se réunira pas mercredi prochain (semaine de Pâques). La prochaine séance aura lieu le 9 avril.

Le Secrétaire annuel,
P. BAZY.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend seulement les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. A. Broca offre à la Société de chirurgie les *Leçons cliniques de chirurgie infantile* qu'il vient de publier.

M. le Président remercie M. A. Broca, au nom de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

Résection des canaux déférents dans l'hypertrophie prostatique.

M. Guelliot (de Reims), envoie la note suivante (1), relative au rapport de M. Potherat :

A propos des observations du Dr Charrier, M. Potherat a condamné la résection des déférents dans l'hypertrophie prostatique, et M. Legueu a encore accentué, si possible, ce jugement défavorable. Peut-être n'est-il pas sans appel.

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

Que la section des déférents ne guérisse pas tous les prostatiques, c'est évident ; qu'elle n'en améliore même qu'un certain nombre, personne ne le conteste. Elle a ses indications et rend souvent un signalé service :

1° En permettant, dans les cas les plus favorables, à un rétentionniste d'uriner sans sonde : deux de mes opérés ont survécu un an et trois ans sans cathétérisme ;

2° En facilitant chez d'autres un cathétérisme auparavant impossible, difficile ou provocateur d'hémorragies : un de mes prostatiques de cette dernière catégorie a vidé sa vessie avec une sonde molle pendant deux ans, alors qu'il n'avait pu le faire avant la déférentectomie ;

3° En rétablissant, passagèrement ou définitivement, la miction, alors que les moyens habituels (cathétérisme à demeure) exceptionnels (prostatectomie) ont échoué. Mes deux dernières observations sont instructives à cet égard.

En octobre dernier, je trouvai dans les salles de l'Hôtel-Dieu un paysan de soixante-quatre ans auquel le collègue qui me suppléait avait enlevé la prostate un mois auparavant par le procédé de Proust; il était aussi rétentionniste qu'avant, avec un état général peu brillant. Une résection des déférents provoqua, le jour même, une miction spontanée, incomplète encore ; quelques jours après, l'urine résiduale était réduite à quelques cuillerées, et l'opéré, fort heureux, quittait l'hôpital. Je me hâte d'ajouter que ce bonheur fut de peu de durée ; un mois après, j'appris qu'il devait recourir de nouveau à la sonde; depuis, il est mort, probablement des suites de l'infection qui existait déjà lors de son séjour à Reims. Mais il est évident que, pour lui, la petite opération secondaire a eu, plus que la grosse opération primitive, l'avantage d'améliorer momentanément sa situation.

Voici maintenant un homme de soixante et un ans qui est pris pour la première fois de rétention d'urine ; il arrive à ma clinique après que deux confrères ont essayé vainement de le sonder ; le canal saigne abondamment. Après évacuation de la vessie avec une sonde à grande courbure, je place une sonde à demeure ; chaque fois que j'essaie de la supprimer, je suis obligé de la replacer ; chaque fois aussi le cathétérisme provoque une hémorragie, et la situation était sérieuse lorsque, après seize jours de sonde à demeure, je sectionne chaque canal déférent entre deux ligatures. Le jour même, l'opéré commence à uriner. Aujourd'hui après huit mois, la miction est normale.

C'était une première rétention, je le veux bien ; mais il n'en est pas moins vrai que le malade était alors dans un état peu satis-

faisant, et je puis affirmer que, à son avis, qui a bien quelque valeur, la résection des déférents vaut cent fois la sonde.

Mais sa guérison a eu un incident fort instructif. Après sa sortie de la clinique, le malade a continué à faire quelques lavages de la vessie. Or, quinze jours environ après l'opération, il a été atteint d'une *orchite* droite. Du moins, de ce côté, il y eut pendant quelques jours de l'enflure du cordon et du gonflement du scrotum ; à gauche, on avait constaté auparavant un léger gonflement limité à la partie inguinale du cordon.

Voilà qui supprime la seule indication conservée par M. Legueu et montre que la section du déférent ne suffit pas pour prévenir l'orchite à répétition ; c'est aussi la preuve que l'infection partie de l'urètre peut se propager jusqu'au scrotum par d'autres voies que le canal déférentiel.

Sur le traitement des anévrismes de l'aorte.

M. le Président. — La parole est à M. Bazy sur la communication de M. Tuffier à propos du traitement des anévrismes de l'aorte.

M. Bazy. — Je crois plus convenable, pour discuter la question, d'attendre la fin du congé de notre collègue, afin qu'il puisse être présent pour entendre les réflexions que pourra soulever la présentation de sa pièce.

M. Delorme. — J'appuie les observations de M. Bazy.

M. Poirier. — Lorsque M. Tuffier nous eut raconté dans quelles conditions et comment il était intervenu contre un anévrisme de la crosse de l'aorte, je manifestai mon étonnement qu'il ne présentât pas à l'appui la pièce anatomique qu'il avait recueillie à l'autopsie ; car l'enquête que j'avais faite, il y a quelques années, sur les conditions anatomiques des anévrismes de la crosse de l'aorte, m'avait amené à conclure que l'opération n'avait guère de chances de succès. — M. Tuffier promit de présenter la pièce à la prochaine séance. — Notre collègue n'assista point à la séance suivante, mais je fus assez heureux pour l'apercevoir dans notre vestiaire et lui rappeler la promesse faite. Il m'apprit alors, avec un gros accent de regret, que la pièce avait été égarée ou jetée, et qu'il nous serait impossible de la voir. Cette perte est fâcheuse ; elle est d'autant plus regrettable, que l'observation, consignée dans nos bulletins, manque de précision en bien des points.

Telle quelle, elle prouve surabondamment que M. Tuffier n'a point placé, ni deux, ni un fil autour du collet aortique de l'anévrisme; la ligature a été placée sur la partie moyenne du sac, à distance de l'orifice aortique, plus près du sommet que du collet du sac; la lecture attentive de l'observation, celle surtout de l'autopsie, ne permettent aucun doute à cet égard; aussi, sur les dessins, le sac apparaît divisé par la ligature en deux tumeurs jumelles réunies par un pont transversal, les Radica-Doodica de l'anévrisme, et l'orifice aortique est libre de toute ligature.

Il sera intéressant de discuter ces divers points lorsque M. Tuffier sera de retour parmi nous.

Rapports.

Sur trois observations adressées par M. le D[r] Cottin (de Dijon) :
Cholécystite calculeuse.
Fibrome et grossesse. — Sarcomes utérins.

Rapport par M. QUÉNU.

Le D[r] Cottin, chirurgien de l'hôpital de Dijon, nous a adressé rois observations de chirurgie abdominale sur lesquelles vous m'avez chargé de faire un rapport.

Ces trois observations sont relatives, la première à une cholécystite calculeuse traitée par la cholécystectomie, la seconde à un fibrome compliqué de grossesse, la troisième à un sarcome utérin compliqué d'adhérences à l'intestin grêle. Chacune de ces observations soulève des problèmes différents; vous me permettrez de les discuter à part.

Cholécystite calculeuse. Vésicule renfermant près de 400 calculs. Cholécystectomie. — Je serai bref sur l'observation de cholécystectomie pour calculs de la vésicule biliaire. Notre confrère s'est trouvé en présence d'une malade âgée de quarante-quatre ans, ayant souffert de coliques hépatiques, mais n'offrant aucun signe de rétention biliaire; il constata chez elle, dans la région de la vésicule, sur le côté externe du grand droit, une tumeur piriforme, disparaissant sous le rebord costal, tendue et douloureuse.

Par une incision latérale, M. Cottin mit à découvert sa tumeur et la sortit du ventre après libération de quelques adhérences épiploïques, puis il l'ouvrit et en sortit près de 400 calculs. La vésicule ne renfermait aucun liquide, et, les calculs enlevés, resta

sèche sans donner issue à aucun écoulement biliaire. Dans ces conditions, M. Cottin crut devoir l'enlever. Les suites prouvèrent cependant que les communications avec le conduit collecteur de la bile persistaient, car il survint, dans les quelques jours qui suivirent l'opération, un écoulement de bile par le drain. La malade guérit et quitta l'hôpital un mois après l'opération. M. Cottin invoque, non sans raison, à l'appui de la conduite qu'il a suivie, l'énorme volume de la vésicule, son épaississement et la facilité même de son opération; on ne saurait réellement lui reprocher d'avoir préféré la cholécystectomie à la simple ouverture de la vésicule du fiel. A l'heure qu'il est, les indications respectives des deux opérations me paraissent assez précisément déterminées pour qu'il soit utile d'y insister.

Fibrome enclavé compliqué de grossesse. Accidents de compression. Hystérectomie sus-vaginale. Guérison. — La seconde observation offre plus matière à discussion; elle touche à la question controversée des fibromes compliqués de grossesse, ou, si l'on préfère, de la grossesse compliquée de fibromes; elle est intitulée : grossesse, fibrome enclavé, accidents graves de compression, hystérectomie supra-vaginale.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, enceinte de trois mois et portant une tumeur qui remontait à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette femme avait eu recours aux médecins à cause de troubles dans la miction et de violentes douleurs lombaires.

Les troubles dans la miction apparurent dès les premiers jours qui suivirent la suppression des règles, consistant d'abord dans la fréquence des mictions et un peu plus tard dans une brusque rétention d'urine qui nécessita plusieurs cathétérismes. Néanmoins, dans les derniers temps, l'évacuation spontanée de l'urine, bien que pénible et incomplète, redevint possible.

Les douleurs consistaient en violents maux de reins, empêchant tout sommeil et immobilisant la malade dans sa chambre; il faut joindre à ces troubles locaux un état général assez médiocre, une alimentation difficile et de la constipation.

Cherchant dans l'excavation pelvienne l'explication de la plupart de ces troubles fonctionnels, M. Cottin y rencontra « une masse globuleuse ferme, indolente, occupant presque toute l'excavation, à peu près immobile, et très peu refoulable de bas en haut.

Le diagnostic de grossesse compliquée de tumeur fibreuse posé, M. Cottin tint la malade en observation et chercha à calmer les accidents à l'aide du cathétérisme de la vessie, de grands lavages intestinaux et d'injections sous-cutanées de morphine.

Malgré ce traitement et un repos absolu, les symptômes allèrent en s'exagérant; les douleurs lombaires surtout étaient d'une grande violence; elles étaient à peine atténuées par plusieurs injections de morphine; une très petite quantité de lait coupé d'eau de Vichy était seule supportée.

Après cinq semaines de temporisation, devant l'amaigrissement et la perte des forces, notre confrère jugea l'existence de sa malade en danger et crut devoir intervenir; les parois abdominales incisées, il rencontra, d'une part une masse intra-abdominale constituée par l'utérus gravide, d'autre part une masse intra-pelvienne enclavée constituée par le fibrome, et reliée au fond de l'utérus par une large surface.

M. Cottin se demanda s'il devait séparer le fibrome de son implantation sur le fonds utérin et garder l'utérus intact. Il craignit de ne pouvoir effectuer cette séparation sans ouvrir la cavité utérine. En admettant même une extraction complète sans perforation utérine, il douta que le fœtus pût se développer normalement dans un utérus aussi amoindri et flanqué de deux petits fibromes insérés sur les bords de la matrice et que je n'avais pas encore signalés. Songeant enfin à l'état chétif de sa malade, il recula devant une opération conservatrice et pratiqua l'hystérectomie subtotale. Les suites opératoires furent simples, et l'opérée, guérie, quitta sa chambre le dix-huitième jour.

L'examen de la pièce démontra que la masse fibromateuse, au niveau de son point d'implantation, n'était séparée de la cavité utérine que par une bande mince de tissu.

Le soin minutieux que notre confrère de Dijon a mis à justifier et son intervention et son mode radical d'intervention, nous laissent deviner que lui-même a senti d'avance que sur ces deux points devait porter la discussion.

Quels sont les accidents qui justifient l'intervention chirurgicale au cours d'une grossesse compliquée de fibromes?

Messieurs, cette question, à l'ordre du jour dans d'autres sociétés, et spécialement à la Société d'obstétrique et de gynécologie, n'a jamais plus, depuis 1869, été soumise à votre discussion; c'est à peine si, depuis ces quinze dernières années, quelques rares pièces ont été présentées à la fin de vos séances, et sans beaucoup de commentaires; je suis donc obligé de recourir à d'autres comptes rendus que les vôtres pour tâcher de mettre la question au point.

A la séance du 12 janvier 1900 (1), M. Delagenière répondait à

(1) Indications opératoires dans les cas de fibromes compliqués de grossesse.

la question précédente : « Les accidents qui doivent déterminer le chirurgien à agir sont, par ordre de fréquence, les douleurs parfois très vives occasionnées par la compression des organes pelviens, par la tumeur, surtout lorsqu'elle est incarcérée dans le petit bassin ; la compression des uretères et de la vessie, du rectum lorsque la tumeur est située dans le segment inférieur de l'utérus, seront des indications absolues ; il en sera de même des accidents qui peuvent arriver au fœtus, hémorragie par insertion inférieure du placenta, apoplexie placentaire amenant la maladie, puis la mort du fœtus, etc. »

Deux mois après, M. Lepage reprit incidemment la question, mais ce n'est que l'année suivante, en avril 1901, à propos d'une communication de M. Schwartz, que la discussion se développa avec toute l'ampleur qu'elle mérite.

Aux accidents présents, de fait, tels que la compression, l'infection ou l'hémorragie, M. Schwartz ajoutait « la tendance à croître rapidement, la gêne notable des fonctions digestives et respiratoires ».

M. Richelot allait plus loin ; il jugeait qu'il n'est pas toujours nécessaire d'attendre l'explosion des accidents : en dehors de tout accident immédiat, le nombre, le siège des tumeurs, leur développement rapide lui paraissent légitimer l'action chirurgicale préventive.

D'une façon générale, les accoucheurs n'admirent que l'indication tirée des accidents non à venir, mais présents : « Il s'agit de savoir, dit M. Varnier (1), si, au moment même où l'on va prendre le couteau, il y a ou non des accidents immédiats graves qui mettent en danger la vie de la mère. » Avec M. Varnier, le professeur Pinard, M. Lepage, etc., se prononcent énergiquement contre la thérapeutique prophylactique d'accidents à venir possibles. M. Pinard (2) nous apporte une statistique personnelle de 84 grossesses compliqués de fibromes avec 3 morts. Une seule de ces 3 malades succomba à des accidents de compression. Ces 84 grossesses donnèrent donc 81 femmes vivantes et 65 enfants vivants.

De cette intéressante discussion s'est dégagée une conclusion assez hostile à l'action préventive.

Pour notre part, nous adoptons volontiers les conclusions de M. Lepage (3) « que très rarement la vie de la femme est menacée du fait des fibromes utérins pendant la grossesse, et que les com-

(1) *Soc. d'obstétr. et de gynéc.*, 13 mai 1901.

(2) *Id.*, 8 juillet 1901.

(3) *Soc. d'obstétr. et de gynec.*, 10 juin 1901.

plications qui surviennent du fait d'un utérus fibromateux gravide sont très rarement suffisantes pour légitimer une intervention radicale au cours de la grossesse. » Nous nous sommes trouvé dans ces trois dernières années quatre fois en présence d'utérus fibromateux gravides.

Dans un premier cas il s'agissait d'une femme de quarante ans enceinte pour la huitième fois et arrivée au huitième mois de sa grossesse; sa tumeur fibreuse, distincte de l'utérus, aurait déjà existé au moment du 6e accouchement qui donna le jour à deux jumeaux.

Les 5e, 6e et 7e accouchements s'étaient terminés avant terme à sept mois.

La grossesse actuelle, livrée à elle-même, mais la femme étant en repos et dans d'excellentes conditions, arriva jusqu'à terme ; la délivrance fut des plus simples ; ni la surveillante, ni l'interne qui montait la garde n'avaient de leur vie assisté à un accouchement ; ils eurent la sagesse de se tenir coi et tout marcha à merveille.

Dans un deuxième cas, je fus plus embarrassé. La malade, âgée de vingt-neuf ans, et enceinte d'un peu plus de quatre mois, d'après les commémoratifs, présentait un développement abdominal vraiment exagéré ; la tumeur remontait jusqu'aux fausses côtes d'un côté, atteignait le niveau de l'ombilic de l'autre. La malade n'avait guère de compression d'organes du petit bassin, mais elle était en proie à des douleurs intolérables de distension abdominale et à des accès d'oppression qui la minaient, lui enlevaient tout sommeil et tout appétit. Je fus assez perplexe sur la conduite à tenir et demandai conseil à M. Funck-Brentano, alors chef de clinique de M. Pinard ; son avis fut de s'abstenir ; nous fîmes patienter la malade ; les accidents s'amendèrent peu à peu et la grossesse arriva à son terme.

Mes deux dernières observations se terminèrent par une intervention chirurgicale.

Dans l'une d'elles notre diagnostic fut incomplet, nous méconnûmes la grossesse. Il s'agissait d'une femme de quarante-neuf ans, dont la dernière et quatrième grossesse remontait à six ans, et qui depuis était régulièrement réglée. « Elle s'aperçut il y a un an de la présence d'une tumeur dans le bas-ventre en même temps que les mictions devenaient pénibles et douloureuses, et que les règles prenaient un caractère hémorragique. Nous l'examinons le 2 juillet, elle avait eu ses règles le 22 juin.

Quelques jours après son entrée, elle eut une perte abondante qui dura cinq à six jours, puis elle perdit tous les jours quelques gouttes de sang. La malade nous affirma à plusieurs reprises qu'elle n'avait avant cette perte cessé d'être régulièrement réglée.

Une hystérectomie subtotale fut pratiquée le 22 juillet; l'utérus fibromateux pesait 1.990 grammes et renfermait un petit embryon de trois mois environ. Guérison.

C'est au contraire en toute connaissance de cause que nous intervînmes dans notre dernière observation.

Notre malade, âgée de trente-cinq ans, vint nous consulter le 10 janvier 1901, pour une énorme tumeur datant déjà de 1898, époque de son dernier et neuvième accouchement.

Depuis un an cette tumeur a acquis un développement rapide, a donné lieu à des métrorragies importantes et a nécessité un alitement de trois mois. Au moment de l'entrée, l'appétit est à peu près nul, la constipation est opiniâtre, les envies d'uriner très fréquentes. Depuis deux mois, suppression des règles. Nous admettons la possibilité d'une grossesse, mais devant le développement très rapide de la tumeur qui s'est accentué ces quatre derniers mois, devant l'affaiblissement progressif de la patiente nous intervenons par hystérectomie supravaginale. La masse enlevée pèse 7 kilogrammes; la cavité utérine renfermait un embryon de deux mois environ. La guérison fut des plus simples.

Ainsi je suis intervenu chez ma malade, non pour des accidents de compression mais pour un affaiblissement de l'état général qui ne me paraissait pas compatible avec une attente de sept mois, et en raison de la marche rapide de la tumeur.

En résumé, je pense que nous devons souscrire aux conclusions des accoucheurs, et ne pas admettre l'intervention prophylactique; nous ne devons agir chirurgicalement que pour des accidents existants et non par crainte de complications ultérieures et de dystocies possibles, mais hypothétiques.

Quant à l'appréciation de l'importance des accidents existants et de leur retentissement sur l'état général de la femme, elle est plus délicate; la lecture d'une observation sera toujours impuissante à en donner une idée exacte.

Accordons que les accidents doivent être menaçants, qu'il faut temporiser le plus possible; mais l'atteinte portée à l'état général nous paraît justifier l'action chirurgicale, car cette atteinte est pour ainsi dire comme la résultante des troubles fonctionnels divers. L'état général de la malade était menacé dans l'observation de M. Cottin, des accidents divers de compression existaient, le fibrome était pelvien et enclavé; j'estime donc que son intervention était absolument justifiée. En est-il de même de son mode d'intervention?

Du moment que le fibrome s'implantait sur le fond de l'utérus et qu'il y avait là comme une sorte de pédicule, puisque le fibrome

avait pu demeurer dans l'excavation en prenant pour ainsi dire son implantation comme charnière, ne pouvait-on tenter une myomectomie conservatrice?

Kelly l'a fait avec succès. Delagenière a été moins heureux, puisque sa malade est morte le neuvième jour, mais il avait énucléé un fibrome interstitiel inséré dans la corne droite de l'utérus. Martin (1), de Rouen, a réussi à enlever avec succès par laparotomie un fibrome volumineux sous péritonéal chez une femme enceinte de deux mois; la grossesse a continué et s'est terminée par l'accouchement d'un enfant vivant. D'autres observations existent d'Olshausen et Treub. Dans deux cas, Jacobs (2) a enlevé un noyau interstitiel du volume d'une bonne orange au cinquième mois de la grossesse, et, dans les deux cas, la grossessse a suivi son cours. Je fais donc quelques réserves sur la possibilité, dans le cas de M. Cottin, d'une tentative d'opération conservatrice, tout en reconnaissant que le pronostic opératoire est toujours simplifié par l'opération radicale et tout en limitant mes réserves aux cas de fibromes sous-péritonéaux avec tendance à la pédiculisation.

Sarcome de l'utérus; résection d'une anse intestinale adhérente et hystérectomie totale; guérison. — La troisième observation a pour titre : « Sarcome de l'utérns. Adhérences néoplasiques d'une anse intestinale à l'extrémité supérieure de la tumeur. Résection de 15 centimètres de l'intestin grêle. Entéro-anastomose. Ablation d'un ganglion mésentérique dégénéré. Hystérectomie totale. Guérison.

La malade, âgée de quarante-quatre ans, avait souffert depuis trois ans de vives douleurs dans la région hypogastrique, en même temps qu'apparaissaient des pertes sanguines en dehors des règles. Depuis deux ans, les pertes avaient perdu leur intermittence pour devenir continuelles, mais en même temps plus séreuses.

L'état général était devenu mauvais.

Une véritable cachexie existait au moment de l'opération; pas de méléna.

On observait au palper abdominal une tumeur médiane, dure, s'élevant à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic mobile, indolente, col utérin sain.

M. Cottin porta le diagnostic de fibrome dégénéré en sarcome. Il trouve, dit-il, deux périodes dans l'histoire clinique de sa malade :

(1) *Congrès de gynécol.*, Nantes, septembre 1901.

(2) Jacobs. *Soc. belge de gynécol.*, janvier 1902, et *Le Progrès médical belge*, 15 février 1902.

une période de trente-quatre à quarante-trois ans dans laquelle la malade offre les symptômes rationnels d'un fibrome : troubles menstruels, irrégularité des règles avec expulsion douloureuse de caillots non fétides une deuxième période, de cachexie.

L'observation cependant ne donne pas la démonstration bien nette de la période fibromateuse; nous lisons, en effet, que depuis l'âge de vingt-quatre ans, « les règles, qui étaient à peu près régulières, se modifient, arrivent tantôt en avance, *tantôt en retard, avec une abondance variable* »; il n'est pas non plus question de la constatation d'aucune tumeur.

Les véritables accidents utérins, d'après l'observation, ne datent guère que de trois ans, et on peut se demander si d'emblée, dans ces utérus jusque-là à peu près sain, il ne s'est pas développé une tumeur sarcomateuse.

L'opération est intéressante en elle-même et par la complication d'une adhérence ou plutôt d'une fusion d'une anse grêle avec la tumeur. Cette anse fut réséquée sur une étendue de 15 centimètres, et la circulation intestinale rétablie par une entéro-anastomose latérale.

L'hystérectomie totale fut ensuite exécutée avec un incident de rupture tant la tumeur était friable. M. Cottin crut devoir placer dans le vagin une mèche de gaze iodoformée.

Drainage abdominal. Malgré quelques petits accidents infectieux très modérés du reste, et l'apparition d'une phlébite vingt-quatre jours après l'opération, la malade guérit parfaitement et quitta l'hôpital en bon état.

L'examen anatomique de la pièce a été malheureusement négligé; celle-ci avait, nous écrit M. Cottin, toutes les apparences du tissu sarcomateux, friabilité, coloration, diffusion, etc.

L'observation de M. Cottin, ou tout au moins son interprétation, soulève le problème de la dégénérescence sarcomateuse des fibromes utérins.

M. Cottin suppose que sa malade a été atteinte d'un fibrome d'abord, puis que depuis trois ans l'évolution s'est faite vers le sarcome, mais si on analyse l'observation on ne trouve pas d'argument clinique absolument convaincant à l'appui de cette thèse; les règles arrivent tantôt en avance, tantôt en retard, avec une abondance variable. Il n'y a guère que depuis trois ans que survinrent en même temps que des douleurs des pertes véritables.

On peut donc soutenir que cette malade a eu un sarcome d'emblée et non un sarcome secondaire à un fibrome,

Cette distinction me paraît nécessaire parce qu'elle touche à l'évolution, et par suite au pronostic opératoire et aux indications thérapeutiques des fibromyomes. M. Pozzi a écrit cette

phrase : « qu'il est extrêmement probable que le fibrosarcome utérin a toujours pour tissu matriculaire un fibromyome » ; cette opinion me paraît fort contestable et c'est elle probablement qui a suggéré à notre confrère de Dijon l'interprétation qu'il nous donne.

On sait que, dans l'utérus, le sarcome a pour berceau tantôt la muqueuse, tantôt le parenchyme utérin ; c'est là une première et importante division, car les sarcomes de la muqueuse qui proéminent dans la cavité utérine sous forme de végétations affectent une allure clinique toute spéciale ; il ne saurait en être question ici, et je n'ai à envisager que des sarcomes du parenchyme utérin ; ces tumeurs ne sont pas excessivement rares ; un bon nombre se développent au sein de fibromyomes.

Depuis, Virchow, Alban-Doran, Martin, Muller, etc., ont signalé cette évolution. Tout récemment Pillet et Coste ont réuni une vingtaine d'observations personnelles, mais purement anatomiques, d'après lesquelles ils ont cherché à démontrer la formation des cellules sarcomateuses aux dépens des cellules endothéliales des vaisseaux. Nous-même nous possédons une observation intéressante d'évolution sarcomateuse tardive d'un fibromyome utérin. Elle nous a été fournie par une malade âgée d'un peu plus de soixante ans, entrée au pavillon Pasteur en 1900 pour un anthrax de l'avant-bras. On nota, le jour de l'entrée à l'hôpital, l'existence d'une tumeur grosse comme un œuf dans la région de l'aine droite, pédiculée, et dont le pédicule s'enfonçait dans l'anneau inguinal ; elle était apparue depuis peu de temps et ne déterminait aucune gêne.

Un soir la malade fut prise de douleurs internes dans le ventre et dans la région inguinale, avec vomissements et suppression des gaz.

Mon interne, M. Petit, supposant une épiploïte, incisa le trajet inguinal, enleva une tumeur solide dont le pédicule fut sectionné au fond du trajet, et la malade guérit.

Cette tumeur était de nature sarcomateuse. En examinant de plus près la malade, on s'aperçut qu'elle portait dans le ventre une tumeur utérine remontant à égale distance de l'ombilic et du pubis ; elle raconta porter cette tumeur depuis plus de trente ans, et qu'au début, c'est-à-dire à l'âge de trente ans, on lui avait enlevé par le vagin un polype utérin cause d'hémorragies abondantes.

Deux mois après, la malade s'éteignit de cachexie : la tumeur abdominale avait grossi, la tumeur inguinale avait récidivé, et on trouva à l'autopsie que la tumeur inguinale n'était autre chose qu'un prolongement de la tumeur utérine qui s'était développé le long du ligament rond.

Dans ce cas la date éloignée du début ne laisse aucun doute sur la nature primitivement bénigne de la tumeur utérine et sur sa dégénérescence tardive.

Mais en est-il toujours ainsi? je ne le crois pas; si un sarcome se développe au sein d'un fibrome utérin, il ne peut en changer que la structure histologique et non l'ordonnance générale, et n'est-il pas évident que dans la plupart des cas on devra retrouver des noyaux fibromateux multiples, soit à divers degrés, soit au même degré de dégénérescence? C'est ce qui se voit pour les dégénérescences épithéliales des fibromes, et il ne saurait en être autrement. Or je rapporte ici deux observations dans lesquelles on trouve une masse unique enchâssée dans le parenchyme utérin sans que nulle part ailleurs il y ait le moindre petit noyau : il faudrait supposer que dans ces deux cas le sarcome s'est développé dans un myome unique.

Or, chez l'une de ces malades (1) âgée de quarante et un ans, les douleurs ne remontent qu'à quelques mois; depuis cette même époque, le ventre grossit rapidement jusqu'à dépasser l'ombilic de 7 travers de doigt. L'opération, faite le 14 octobre 1901, permit d'enlever une tumeur de 5 kilog. 230.

Chez l'autre malade (2), âgée de quarante-neuf ans, les ménorragies apparaissent en janvier 1898, puis le ventre augmente de volume et on enlève un polype utérin en juillet 1898; à cette époque déjà la tumeur remonte jusqu'à l'ombilic, elle grossit peu à peu et se rapproche des fausses côtes. Sa consistance fluctuante en certains points et le développement rapide des derniers mois avaient fait diagnostiquer la coexistence d'un fibrome et d'un kyste de l'ovaire. L'opération permit d'enlever une tumeur de 5 kilog. 60 renfermant 2 poches remplies de matières semi-liquides.

Dans ces deux cas, l'apparition relativement récente de la tumeur (quelques mois dans le premier cas, moins de trois ans dans le second), et son évolution rapide, ne permettent en aucune manière de supposer l'existence antérieure d'une masse fibromateuse qui serait restée silencieuse et sans aucune détermination d'accidents hémorragiques ou autres.

L'ablation d'un polype utérin ne prouve rien contre notre avis, car on sait que certains polypes enlevés étaient de structure sarcomateuse (Th. Costes, 1895).

(1) C..., n° 7, salle Bichat, hôpital Cochin, entrée le 14 octobre 1901, opération le 21 octobre, sortie au milieu de novembre guérie.

(2) B..., n° 13, salle Bichat, entrée le 18 octobre 1901, opérée le 18 octobre, sortie à la fin de novembre.

Nous ne sommes pas les seuls à soutenir l'existence des sarcomes utérins primitifs, c'est-à-dire sans myomes. Kelly en cite une observation personnelle (p. 492). La question n'est pas de pure doctrine, car il est clair que si on met à la charge des fibromyomes tous les cas de sarcome utérin, la fréquence de leur dégénérescence maligne s'en trouvera fort augmentée et leur pronostic assombri outre mesure. Il serait donc intéressant désormais de rechercher, dans chaque observation de sarcome utérin, d'après la texture et la clinique, s'il s'agit de tumeurs secondaires ou primitives.

Un autre problème, mais alors d'ordre purement histologique, est la détermination de l'élément anatomique qui donne naissance au sarcome. S'agit-il de tumeurs embryonnaires musculaires, de léio-myo-sarcomes, comme le croit Condamin (*Province médicale*, 1896), ou simplement de sarcomes ordinaires développés aux dépens du tissu conjonctif qu'on trouve entre les bandes de fibres lisses. Une de nos observations vient à l'appui de l'opinion de Condamin ; nous en donnons l'analyse histologique complète que nous devons à notre préparateur, le Dr Landel.

I. — *Léio-sarcome de l'utérus.* (Roux, femme C..., opérée le 21 octobre 1901.)

Tumeur de 5 kil. 200, de la taille d'une tête d'adulte, molle et fluctuante à sa face antérieure, de forme généralement arrondie, bien qu'évidée vers le col. A la surface, on remarque des bosselures peu saillantes.

La cavité utérine est étroite et peu profonde (10 centimètres environ); l'orifice de la trompe gauche est situé à 5 centimètres, celui de la trompe droite à 10 centimètres environ de l'orifice du col utérin. Il n'y a pas de végétations dans la cavité.

Sur la coupe, on aperçoit au niveau du col les faisceaux musculaires lisses qui le constituent normalement ; mais ceux-ci se perdent insensiblement dans la masse néoplasique, de telle sorte que le corps utérin proprement dit n'existe plus.

Le néoplasme est développé en haut et en arrière de la cavité utérine. Sa couleur est rosée, sa consistance assez molle ; son aspect, fibroïde, rappelle celui des fibro-myomes œdématiés. Il renferme quelques cavités d'apparence kystique contenant un liquide clair de consistance semi-muqueuse ; la principale cavité, de la taille d'une orange, est située sur la face antérieure.

Aspect histologique. — On observe deux aspects différents. Le plus souvent, ce sont des éléments de huit à dix fois plus longs que larges, parallèles, formant des faisceaux identiques comme disposition à ceux des faisceaux musculaires lisses des fibro-myomes utérins. Le protoplasme de ces éléments est peu colorable par les réactifs ; le noyau, au lieu d'être en bâtonnet, est simplement allongé dans le même sens que

la cellule, à suc nucléaire abondant, comme celui des cellules jeunes à mutiplication rapide. Les vaisseaux à parois minces ou embryonnaires sont nombreux. — En quelques endroits, on voit des fibres musculaires lisses plus allongées, avec leur noyau plus ou moins caractéristique ; elles permettent d'établir nettement les termes de passage avec ces éléments néoplasiques. — En d'autres points, on trouve simplement des cellules rondes séparées par un coagulum fibrineux ou un stroma fibrillaire ; les cellules sont plus ou moins espacées, elles sont parfois très peu abondantes, ce qui permet de comprendre la formation des cavités remplies de liquide et dépourvues d'épithélium à la surface. Ce second aspect représente simplement une dégénérescence myxomateuse des éléments néoplasiques.

Nous sommes donc en présence d'un léio-sarcome développé dans le tissu utérin normal.

II. — *Sarcome de l'utérus.* (Femme B..., novembre 1901.)

Aspect macroscopique. — Tumeur de la taille d'une petite tête d'adulte, arrondie, légèrement bosselée, molle. La cavité utérine est complètement excentrique et située sur la face antérieure du néoplasme. Elle est large (3 à 5 centimètres) et profonde (15 à 18 centimètres). Sa paroi antérieure n'est épaisse que de 2 à 5 millimètres et atteint à peine 1 centimètre vers l'orifice utérin des deux trompes. Elle est lisse à la surface et recouverte partout par de l'épithélium.

Sur la coupe, on n'observe de tissu musculaire lisse qu'au voisinage de la cavité utérine et autour des gros noyaux lardacés qui constituent la tumeur et auxquels ce tissu forme une coque plus ou moins épaisse. Ces masses ont tout à fait la consistance et l'aspect du lard ; le tissu musculaire qui les entoure n'y adhère que faiblement ; son épaisseur peut atteindre plusieurs centimètres. Dans ces masses lardacées, on trouve de grandes cavités remplies de liquide transparent et un peu épais. L'une de ces cavités, située sur la face postéro-supérieure de la tumeur, atteint la taille d'une grosse orange.

Aspect histologique. — Les masses lardacées sont formées de cellules plus ou moins arrondies, parfois étoilées, avec de gros noyaux vésiculeux ou irréguliers, emprisonnées dans un réticulum très visible ; c'est l'aspect ordinaire du lymphosarcome. Au niveau de la coque musculaire qui circonscrit ces formations, on rencontre brusquement le tissu musculaire lisse normal. Il faut, pour saisir le début de l'évolution néoplasique, pratiquer des coupes à peu de distance de la muqueuse utérine. Celle-ci apparaît alors avec son épithélium normal, assez peu développée, complètement indépendante du tissu néoplasique ; en dessous d'elle, le tissu fibreux prend une importance considérable ; il est presque uniquement formé par du tissu de sclérose, les éléments cellulaires restant peu abondants. Certains faisceaux musculaires semblent atrophiés ; en d'autres points, on aperçoit très nettement la trame conjonctive si caractéristique des faisceaux musculaires lisses ; mais dans chaque travée, les fibres musculaires absentes sont remplacées par de grosses cellules arrondies, semblables à celles des

parties centrales du néoplasme; comme ces éléments remplacent les fibres musculaires à l'intérieur des faisceaux, il est permis d'admettre qu'ils en représentent la transformation, sans que l'on puisse cependant en donner de preuve directe comme dans notre premier cas.

Quand aux cavités pleines de liquide, elles représentent une dégénérescence myxomateuse du tissu néoplasique.

M. SCHWARTZ. — Je prends la parole pour confirmer l'opinion de M. Quénu au sujet de l'existence des sarcomes primitifs de l'utérus, non greffés sur des fibromes.

J'ai eu l'occasion d'opérer ainsi une jeune femme qui avait un sarcome du tissu utérin, qui a été examiné par M. Cornil. Je donnerai des détails plus complets sur l'observation. Mais il n'y avait aucun fibrome.

Plaie pénétrante du rachis, par arme blanche, sans lésion de la moelle. Ouverture de l'espace sous-arachnoïdien. Écoulement d'une énorme quantité de liquide céphalo-rachidien (30 *litres en cinq semaines*). *Guérison*, par M. le Dr GISS (de Thionville).

Rapport par M. DEMOULIN.

On lit dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* qui rendent compte de la séance du 2 octobre 1901 (p. 924) : « M. le Dr Mathieu fait une communication sur une plaie pénétrante du rachis, par arme blanche, avec écoulement de liquide céphalo-rachidien, sans lésion de la moelle.

« Ce travail est renvoyé à une Commission : M. Demoulin, rapporteur. »

Dans le compte rendu du 9 octobre de la même année (p. 927), on lit encore : la correspondance comprend : « Une lettre de M. le Dr Giss (de Thionville), qui, à propos de la récente communication de M. le Dr Mathieu, sur un cas de plaie rachidienne, proteste contre la publication, par un tiers, d'un fait qui lui est personnel. »

J'ai demandé à M. le Dr Giss son observation; il nous l'a envoyée. Vous m'avez de nouveau chargé du rapport; je vais donc analyser, devant vous, le fait intéressant de notre distingué confrère de Thionville.

Un jeune homme de vingt-trois ans, d'une robuste constitution, prenait part, le 20 août 1899, à une fête de nuit. Il reçut, à la partie

inférieure de la nuque, un coup de couteau, dont il ne parla pas à ses parents qui l'accompagnaient, et, vers minuit, se mit en route avec eux pour regagner son domicile, distant d'environ 6 kilomètres. Il fit, à pied, les 5 premiers kilomètres sans se plaindre, et n'accusa un peu de fatigue, qu'à la fin de ce long trajet. Rentré à la maison, il avoua sa blessure, qui avait abondamment saigné, et sur laquelle on appliqua un cataplasme de farine de graine de lin. Le blessé se mit au lit, et, très probablement, le médecin n'aurait pas été appelé, si quarante heures environ après l'accident, les parents du malade n'avaient remarqué qu'un liquide, ressemblant à de l'urine très claire, s'écoulait en abondance par la plaie de la nuque.

Le Dr Giss, prévenu, arriva près du malade, le 22 août, à 7 heures du soir. « Je le trouvai, dit-il, tranquillement couché dans son lit, se plaignant de douleurs sourdes dans la tête et la nuque; en outre, le bras droit était parétique, et le moindre mouvement provoquait, dans l'épaule droite, des douleurs intolérables. Température, 37°8.

« Dans la région de la nuque, à la hauteur de l'apophyse épineuse de la 6e vertèbre cervicale, à 3 centimètres à gauche de la ligne médiane, je trouvai une petite plaie transversale, longue de 1 cent. 1/2, dont les lèvres étaient nettes, mais légèrement infiltrées. De cette blessure, s'écoulait sans interruption un liquide clair, ruisselant le long du dos du blessé. Une sonde introduite dans la blessure pénétra, sans difficultés, sous un angle de 45°, à une profondeur de 4 cent. 1/2, arrivant sur la colonne vertébrale. Le cathétérisme fut très douloureux et ne permit pas de reconnaître la présence d'un corps étranger. Le diagnostic posé fut celui de plaie des méninges avec écoulement de liquide céphalo-rachidien. Mèche de gaze iodoformée dans la blessure et coton phéniqué par-dessus; tel fut le pansement.

« Le lendemain matin, 23 août, température 39 degrés, douleurs lancinantes, allant de l'occiput au vertex; au moindre mouvement, violentes douleurs dans la nuque, raide et immobile, douleurs atroces dans l'épaule et le bras droits. Le coton appliqué la veille était imbibé, le lit du malade inondé sur une étendue de plus d'un mètre carré, le matelas traversé. La quantité de liquide céphalo-rachidien écoulé depuis la veille est estimée à 2 ou 3 litres au minimum.

« Le pansement est remplacé : vessie de glace sur la tête. »

Deux confrères, appelés le soir du même jour, constatent l'abondance de l'écoulement, portent le diagnostic de méningite rachidienne au début, et concluent, comme le Dr Giss, que la blessure ne contient pas de corps étranger.

Le 24 août, la température oscille entre 38 et 39 degrés. Les douleurs de la nuque et du bras droit persistent avec la même intensité. L'écoulement continue avec la même régularité, la même abondance; on peut, en l'espace de trois à quatre minutes, recueillir 10 grammes de liquide et constater qu'il a une densité de 1004,2, qu'il ne rougit pas le papier de tournesol, qu'il ne contient pas d'albumine, mais, par contre, quelques traces de sucre.

Le 25 août, douleurs encore plus vives dans la tête et l'épaule droite.

Température oscillant entre 39°5, 39°8 et 40 degrés. En sondant de nouveau la plaie, le Dr Giss acquiert, tout à coup, la conviction qu'il y a, dans le fond de la blessure, au ras de la colonne vertébrale, un corps dur, à surface lisse, qui n'appartient pas au squelette. Élargissement de la plaie, ce qui permet de saisir, avec une pince de trousse, un corps étranger de forme plate, dépassant les vertèbres de quelques millimètres. Impossibilité d'ébranler ce corps étranger et, par conséquent, de l'extraire. Ce n'est, dit le Dr Giss, qu'après avoir pénétré plus profondément, entre les apophyses épineuses avec la pince et en la fixant elle-même avec une grosse tenaille, que je parvins, après bien des efforts, à extraire de la blessure une *lame de couteau longue de 7 cent.* 1/2.

Le tranchant de cette lame était dirigé vers la poitrine du blessé, et sa pointe avait perforé les ligaments qui unissent la 6e et la 7e vertèbres cervicales, ouvrant, en passant, le canal rachidien, et pénétré jusqu'aux racines du plexus brachial, car, dès que la lame fut retirée, le bras droit retrouva instantanément sa mobilité, et les douleurs dans l'épaule disparurent aussi vite.

Le 26 août, plus de douleurs dans l'épaule et le bras droits. L'écoulement du liquide céphalo-rachidien persiste, toujours régulier, toujours aussi abondant. Mais à partir de ce jour, les maux de tête et la fièvre ne se montrent plus que toutes les quarante-huit heures ; c'est-à-dire, qu'un jour le blessé se trouve relativement bien, avec une température oscillant entre 37°5 à 37°8, tandis que, le lendemain, la fièvre augmente insensiblement à partir de minuit, pour atteindre 39°5 vers 9 heures du matin ; en même temps, le blessé a des accès de douleurs intolérables dans la tête et dans la nuque. Comme le malade venait de faire son service militaire en qualité de chauffeur sur un croiseur, dans les mers de la Chine, bien qu'il n'eût presque pas quitté son bord et jamais présenté d'accès de fièvre, le Dr Giss prescrit, trois fois par jour, une dose de 25 centigrammes de sulfate de quinine, guidé en cela par l'intermittence des symptômes observés. Il fit appliquer, de plus, une vessie de glace sur la nuque.

A partir du 29 août, l'état du blessé commença à s'améliorer, et la quantité de liquide céphalo-rachidien qui s'écoulait de la blessure diminua rapidement.

Subitement, le 8 septembre, la température du blessé monte à 40°2. En même temps, il se plaint de douleurs intolérables dans l'occiput et la nuque, se roulant dans son lit, criant, et on doit le faire tenir par deux hommes solides pour l'empêcher de se jeter par la fenêtre. Il ne peut presque plus prendre de nourriture et vomit, à plusieurs reprises, les aliments qu'on lui donne. Contraction lente, quoique égale, des pupilles à la lumière, vision à peu près normale. Deux confrères, appelés en consultation, portent le diagnostic de méningite, et le blessé est regardé comme à peu près perdu. On rase la tête, qu'on frictionne à l'onguent mercuriel, et on donne au malade 5 centigrammes de calomel toutes les deux heures.

En somme, la réapparition de la fièvre, des douleurs de tête, l'agita-

tion, coïncident avec la diminution de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Elles ne s'atténuent, en même temps que la fièvre diminue, qu'au bout de quelques jours, avec le rétablissement d'un écoulement abondant.

L'écoulement diminue de nouveau; le 17 septembre, la blessure se ferme; le 20 septembre, elle se rouvre pour laisser écouler 200 à 300 grammes de liquide en vingt-quatre heures.

Deux fois encore les mêmes phénomènes se reproduisent, mais chaque fois que l'écoulement réapparaît, il est de moins en moins abondant.

On put remarquer que quand il y avait arrêt de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, par fermeture de la plaie, les maux de tête augmentaient insensiblement pour devenir tout à fait intolérables, et qu'ils disparaissaient immédiatement, dès que la blessure se rouvrait et laissait de nouveau le liquide s'écouler.

Le 28 septembre, la blessure était définitivement fermée après une perte totale d'au moins *trente litres* de liquide céphalo-rachidien, dans l'espace d'à peu près cinq semaines.

A cette époque, le malade était fort amaigri et tellement faible qu'il ne pouvait se tenir sur ses jambes; il avait de l'incontinence nocturne de l'urine. Son caractère avait complètement changé; il était devenu très nerveux, irritable, taciturne, sournois; son regard était fixe, et peu rassurant à la moindre contrariété. La fièvre disparut peu à peu ainsi que les maux de tête. Une stomatite due au traitement mercuriel tourmentait le patient.

A partir des premiers jours du mois d'octobre, il put se tenir, deux ou trois heures par jour, assis dans un fauteuil, et l'appétit revint insensiblement.

Vers le milieu du mois de novembre, malgré la persistance de la faiblesse et de l'amaigrissement, l'appétit était bon et le malade faisait tous les jours une petite promenade. La cicatrisation de la blessure était complète.

Quelque temps après, le malade put reprendre son travail dans un atelier de serrurerie.

Aujourd'hui, plus de deux ans après l'accident, le blessé est encore un peu pâle; son système musculaire manque un peu de vigueur, mais il se sent très bien. Il reste cependant fort sensible aux boissons alcooliques; au moindre abus de vin ou de bière, la nervosité, l'entêtement et le mutisme observés, vers la fin de la maladie, reparaissent; mais il suffit d'abandonner le malade à lui-même, sans lui faire d'observations, pour qu'il revienne le lendemain à son état normal. Il y a, du reste, depuis un certain temps, une tendance à la disparition de ces symptômes nerveux.

Telle est, Messieurs, un peu résumée, la très intéressante observation de M. le Dr Giss, de Thionville.

Notre distingué confrère la fait suivre de considérations que je mettrai à profit dans un moment.

Je veux d'abord appeler votre attention sur la rareté des observations analogues à celle que je viens de vous lire.

M. Mathieu (1), dans un travail tout récent, a réuni six cas de plaies des méninges avec ouverture de l'espace sous-arachnoïdien, sans lésion de la moelle ; le sixième est celui de M. le Dr Giss.

L'observation la plus ancienne est celle de Jobert (2).

Il s'agit d'une femme (d'âge non signalé) blessée au cou par un poignard dirigé très obliquement de haut en bas. « Le coup, dit Jobert, fut porté avec violence ; l'instrument se brisa près du manche ; la base correspondait aux téguments et la pointe pénétrait dans le canal vertébral. Cette malade ayant succombé à une méningite rachidienne, on trouva les corps des sixième et septième vertèbres cervicales labourés par l'instrument, le disque intervertébral intéressé, et une piqûre aux feuillets pariétaux des membranes d'enveloppe de la moelle épinière. » L'écoulement de liquide céphalo-rachidien se montra aussitôt après la blessure ; il en sortit un flot après l'extraction du corps étranger.

Mort le onzième jour par méningite.

Gribbon (3), en 1876, relate l'observation d'un aliéné de trente-trois ans, qui s'était fait à la nuque trois piqûres avec un canif ; l'une de ces piqûres, la seule importante, avait pénétré entre les lames de la 2e et de la 3e vertèbres cervicales, ainsi que le démontra l'autopsie du malade, qui succomba à une méningite céphalo-rachidienne.

Il y avait eu une hémorragie très abondante ; l'épanchement du liquide céphalo-rachidien se montra dès le premier jour et persista jusqu'à la mort du malade, qui eut lieu le vingtième jour.

Forsyth (4) a observé un enfant de treize ans qui reçut un coup de canif, juste à droite de la ligne médiane du dos, à la hauteur de l'épine iliaque postérieure et supérieure. Hémorragie abondante qui s'arrêta au bout d'une demi-heure. L'écoulement d'un liquide clair lui succéda immédiatement, écoulement très abondant qui fit d'abord penser à une blessure de l'uretère et qui dura quinze jours.

Le malade eut d'abord quelques symptômes nerveux, abattement, douleurs de tête, crampes dans les doigts des deux mains, vomissements, pouls un peu accéléré. Ces symptômes allaient en

(1) Mathieu. Les ponctions rachidiennes accidentelles, et les complications des plaies pénétrantes du rachis par armes blanches, sans lésions de la moelle (*L'œuvre médico-chirurgical*. Paris, Masson, 1902).

(2) Jobert. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 11 juillet 1859.

(3) *Lancet*. t. II, p. 457, 1876.

(4) Forsyth (cas publié par Holmes en 1877.) *Medico-chir. transactions*, t. LX, p. 249 et 1882, t. LXV, p. 155).

s'atténuant, lorsque le 6e jour, puis le 10e jour, le liquide ne coulant plus, il y eut des maux de tête et des vomissements qui disparurent par la réouverture de la plaie. Au bout de quinze jours, l'écoulement s'arrêta; le 24e jour, le malade était guéri.

Rouse (1) a donné ses soins à un écolier de onze ans qui reçut un coup de canif un peu à droite de l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre lombaire. Hémorragie sans importance.

Écoulement immédiat de liquide céphalo-rachidien qui s'arrêta le 4e jour. Une petite croûte s'était formée au niveau de la blessure, elle fut arrachée ; un flot de liquide jaillit et l'écoulement persista assez léger, jusqu'au 7e jour.

Il augmentait notablement quand l'enfant s'agitait; il n'y eut aucun symptôme nerveux.

Dans un cas de Palle (2) (d'Epernay), il s'agit d'un garçon de dix-sept ans, présentant une plaie par instrument tranchant, un peu à gauche de la 11e apophyse épineuse dorsale, plaie longue de 3 centimètres, à direction horizontale.

L'écoulement du liquide céphalo-rachidien ne fut constaté que le 4e jour, après rupture de l'accolement des lèvres de la plaie suturée tout d'abord. Alors une grande quantité de liquide clair s'écoule en nappe quand le blessé est au repos, en jet quand il se soulève ou qu'on introduit un stylet dans la plaie.

Pas de fièvre. Au lit, le malade se plaint seulement d'un peu de faiblesse, celle-ci augmente quand il est debout ; alors aussi surgissent, mais d'une façon intermittente, en rapport avec l'abondance de l'écoulement, des tendances au vertige et une sensation douloureuse que le blessé localise à la fosse occipitale. Cette douleur occipitale et la faiblesse persistèrent un peu après l'arrêt de l'écoulement séreux, survenu le 18e jour après la blessure.

Tels sont les cas de plaie pénétrante de l'espace sous-arachnoïdien de la moelle que j'ai pu recueillir, facilement, grâce au travail de M. Mathieu ; j'ajoute que mes recherches personnelles ne m'ont pas permis d'en découvrir d'autres.

Je ne fais que signaler en passant l'hémorragie externe qui accompagne ce genre de traumatisme, tantôt à peine marquée, tantôt fort abondante; la présence assez fréquente, dans la plaie, d'une partie de l'instrument vulnérant qui reste fichée dans la colonne vertébrale, et dont l'extraction est très difficile, ainsi que le prouvent un fait rapporté, ici, en 1885 par le professeur Kirmisson et l'observation du Dr Giss. Il y a donc dans certains cas des lésions vertébrales, assez mal connues d'ailleurs, qui sont peut-

(1) Rouse. Cas publié par Holmes, *Medico-chir. transactions*, 1882).
(2) Palle. *Union médicale du Nord-Est*, 1888.

être la cause du retard de la cicatrisation de la plaie et de la prolongation de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, comme l'affirme M. Mathieu, dans le travail que j'ai déjà cité.

J'ai hâte d'en arriver au fait le plus intéressant des plaies de l'espace sous-arachnoïdien de la moelle, à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien qui en est le signe pathognomonique. Il est à remarquer qu'il est relativement rare dans les plaies de la moelle épinière.

Dans les six cas rapportés ici, quatre fois l'écoulement s'est montré immédiatement après la blessure, il est bien probable qu'il en aurait été de même, dans le cas de Palle, si la plaie n'avait pas été suturée tout de suite. Dans l'observation du Dr Giss, l'écoulement n'est apparu que quarante heures après le traumatisme, mais il est bon de rappeler qu'il y avait un corps étranger dans la plaie, corps qui pouvait faire office d'obturateur, devenu insuffisant, quand l'hypertension du liquide céphalo-rachidien s'est montrée.

La durée de l'écoulement a varié entre 8 jours minimum (cas de Rouse) et cinq semaines maximum (cas de Giss). Elle a été de 15 jours dans le cas de Forsyth, de 18 jours dans celui de Palle. Quand la malade de Jobert est morte de méningite, au 11e jour, le liquide coulait encore, et il en a été de même dans le cas de Gribbon, où le malade a pareillement succombé à la méningite, au 20e jour.

Dans cinq cas sur six, l'écoulement a été abondant; il est regrettable que la quantité n'en ait pas été notée, mais certainement, dans aucun d'eux, elle n'a atteint le chiffre donné par le Dr Giss, *30 (trente) litres* en cinq semaines!

Ces faits d'écoulement abondant du liquide céphalo-rachidien sont bien connus, en ce qui touche les traumatismes craniens, et le Dr Giss en rapporte de nombreux exemples. Je les laisserai de côté, n'ayant à m'occuper, ici, que des plaies ouvrant l'espace sous-arachnoïdien de la moelle.

Quelle est la cause de l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien dans ces plaies?

Cl. Bernard (*Leçons sur le système nerveux*), après avoir fait remarquer que la soustraction du liquide céphalo-rachidien amène, dans la moelle, une infinité de petits points apoplectiques, que cet organe est comme tuméfié, son canal central dilaté, ajoute : « Le liquide céphalo-rachidien, par ses mouvements de flux et de reflux, régularise la circulation de la moelle, en exerçant sur les vaisseaux une pression qui fait équilibre à celle du sang qu'ils renferment. Cette contre-pression venant à manquer, les hémorragies se produisent dans la substance nerveuse, comme se produisent les ecchymoses dans un membre que l'on placerait dans

le vide, comme se produisent encore, dans un air raréfié, les hémorragies pulmonaires ou nasales », et Béclard écrit : « Lorsqu'on a enlevé le liquide céphalo-rachidien, en faisant une ponction aux membranes de la moelle d'un animal vivant, les vaisseaux de la pie-mère cérébro-rachidienne laissent exhaler la partie liquide du sang au travers de leurs parois et, comme la pie-mère est très riche en vaisseaux, ce liquide se reproduit avec une grande rapidité. »

Il y a donc, lors de la soustraction du liquide céphalo-rachidien, une action mécanique qui explique sa reproduction rapide.

Les faits récents apportés, ici, à propos de la rachicocaïnisation montrent que toute irritation, même aseptique, des enveloppes de la moelle, que toute ouverture de l'espace sous-arachnoïdien en particulier, s'accompagne non seulement d'une hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien, mais encore que la composition de ce liquide n'est plus normale, qu'on y trouve des éléments figurés, lymphocytes et polynucléaires, qui témoignent d'une diapédèse abondante, d'une véritable inflammation de la pie-mère.

Si une simple piqûre des méninges avec un instrument aseptique peut produire un pareil résultat, il est bien certain qu'il doit en être de même avec une plaie plus étendue des enveloppes de la moelle, telle que celle produite par une arme blanche, fût-elle stérile.

Je reste frappé, cependant, de ce fait qu'une piqûre, pénétrant dans l'espace sous-arachnoïdien de la moelle, puisse amener une réaction aussi vive de la pie-mère, et je me demande, avec notre collègue Guinard, qui n'a rencontré ici que des contradicteurs, si le travail défensif de la pie-mère n'est pas dû plutôt à l'introduction de quelques gouttes de sang dans le liquide céphalo-rachidien qu'à la simple piqûre des méninges, à l'aide d'une fine aiguille aseptique.

Quoi qu'il en soit, il reste acquis que, dans un très grand nombre de cas, toute plaie des méninges faite avec un instrument aseptique ouvrant l'espace sous-arachnoïdien, amène une véritable méningite séreuse, qui se traduit par l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien, hypersécrétion d'où résultent les signes de la compression cérébrale.

Si j'ai rapporté ces faits, c'est que le malade du Dr Giss ayant guéri, nous sommes en droit de nous demander s'il n'a pas été atteint d'une méningite aseptique. L'examen bactériologique du liquide n'a malheureusement pas été fait ; je le regrette comme notre confrère, car cet examen aurait pu lever nos doutes, à la condition que le liquide céphalo-rachidien ait été recueilli, non pas au niveau de la plaie, dont les sécrétions auraient pu l'infecter,

mais par une ponction lombaire faite au-dessous du niveau de la blessure.

Ce qui est bien certain, c'est que les plaies de la région rachidienne qui sont en communication avec l'espace sous-arachnoïdien de la moelle peuvent donner lieu à une méningite suppurée, ainsi que le prouvent les observations de Jobert et de Gribbon.

Et si, dans le cas du Dr Giss, il y a eu méningite septique, la guérison du malade ne saurait nous surprendre, car la persistance de l'ouverture de l'espace sous-arachnoïdien nous semble avoir agi, ici, comme les ponctions employées contre la méningite cérébro-spinale par quelques médecins, et, en particulier, par mon savant ami le Dr Netter, qui leur a dû de remarquables succès.

Le Dr Giss, dans les considérations fort judicieuses dont il fait suivre son observation, insiste beaucoup sur ce fait que, chaque fois que l'écoulement diminuait ou que la plaie se fermait, les signes de compression cérébrale, de méningite, s'aggravaient, et qu'ils disparaissaient, presque instantanément, avec la réapparition de l'écoulement.

On peut conclure, me semble-t-il, de cette constatation, que c'est avec raison que certains de nos collègues ont préconisé les ponctions lombaires, à la suite des traumatismes craniens ou des rachicocaïnisations qui s'accompagnent des signes de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Je viens, pour mon compte personnel, d'en voir les bons effets dans un cas de commotion cérébrale sans fracture du crâne, qui s'accompagnait de céphalée intense, et où, soit dit en passant, le liquide céphalo-rachidien était fortement teinté de sang.

J'en arrive à la conduite que doit tenir le chirurgien en présence d'une plaie par arme blanche ayant ouvert l'espace sous-arachnoïdien de la moelle, sans lésion de cet organe.

Faut-il explorer la plaie? Oui, si l'on soupçonne la présence d'un corps étranger. C'est ce qu'a fait le Dr Giss, et les faits lui ont donné raison. Je ne crois pas, d'ailleurs, qu'une exploration prudente, faite avec un instrument stérile, puisse aggraver l'état du malade.

Faut-il suturer la plaie? Bien que certains auteurs disent oui, je pense que non, malgré l'affaiblissement que peut causer, au patient, la déperdition d'une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Même si l'on était sûr que la plaie fût aseptique, les signes de réaction pie-mérienne, bien connus maintenant, nous indiquent qu'il faut laisser la plaie ouverte pour éviter les signes de compression cérébrale, et la suture serait absurde, dans les cas où on soupçonne une infection.

Les observations rapportées ici nous montrent qu'il faut laisser la plaie longtemps drainée, puisque, chaque fois qu'elle s'est cicatrisée un peu trop vite, elle s'est rouverte, après la réapparition, pendant son occlusion, des signes de la compression cérébrale.

Messieurs, je vous propose d'envoyer des remerciements à notre distingué confrère le Dr Giss, et de déposer son intéressante observation dans nos archives.

M. Poirier. — Je ne crois pas, malgré la richesse du plexus veineux rachidien si bien démontrée par Breschet et notre collègue Walther, que la piqûre d'une veine puisse déterminer l'introduction même d'une petite quantité de sang dans le liquide céphalo-rachidien et que ce soit là la cause des douleurs éprouvées par les sujets auxquels on fait une ponction rachidienne.

M. Routier. — J'ai pratiqué deux fois une opération que je ne referai probablement plus. Je l'avais faite pour obéir à certaines idées théoriques sur le traitement de l'atrophie du nerf optique de notre confrère Abadie. Il voulait injecter des substances médicamenteuses dans le canal rachidien. J'ai pratiqué deux fois la trépanation du rachis au niveau de la région dorsale; j'ai ouvert la dure-mère; une première fois je l'ai suturée; une deuxième fois, comme le liquide filtrait à travers les points de suture, je me suis abstenu de suture. Or, dans les deux cas, les résultats ont été identiques.

Il n'y a eu ni douleur ni fièvre, mais les malades ont perdu une énorme quantité de liquide céphalo-rachidien. Ils ont, du reste, guéri de l'opération, mais non de l'atrophie papillaire.

Il est fort difficile de donner la pathogénie de ces hypersécrétions; comme toutes les séreuses irritées, la séreuse arachnoïdienne, ceci nous l'apprend, sécrète aussi beaucoup.

M. Tillaux. — J'ai été surpris, moi aussi, dans un cas que j'ai du reste publié dans mon *Traité d'anatomie topograghique*, de la quantité énorme de liquide céphalo-rachidien que peut perdre un malade.

Je vois arriver un jour dans mon service un homme jeune qui portait dans un flacon un liquide clair et transparent, qu'il perdait par le nez en si grande quantité que cela le gênait beaucoup dans sa profession d'opticien. Il mouillait tous les objets qu'il travaillait. Je voulais en faire faire l'analyse par Méhu, qui était alors

un pharmacien fort distingué des hôpitaux, mais Méhu m'en demanda une plus grande quantité. Je demandai au malade s'il pourrait m'en fournir. Il me dit qu'il m'en apporterait facilement 1 litre; c'est ce qu'il fit, et Méhu reconnut que c'était du liquide céphalo-rachidien pur.

Cet homme pouvait donc perdre une quantité considérable de liquide céphalo-rachidien, sans que les fonctions fussent troublées.

Quant à la théorie, je suis de l'avis de M. Poirier. Je crois que nous ne savons pas grand'chose sur la cause de ces hypersécrétions. Chez mon malade, la cause de cet écoulement était probablement un arrachement de la lame criblée de l'ethmoïde, consécutif à l'ablation d'un polype du nez qu'avait faite Velpeau.

Je n'ai pas présents à l'esprit les détails ultérieurs de l'observation. Je crois que le malade est mort au bout de quelques années.

M. Chaput. — Je ne parlerai que d'un petit point soulevé par M. Demoulin; notre collègue attribue l'hypertension consécutive à la ponction rachidienne à l'introduction du sang dans l'espace sous-arachnoïdien. Ce mécanisme n'est pas le seul; il y a encore, théoriquement, l'infection septique des méninges; on n'a pour ainsi dire pas à en tenir compte, car aucun des chirurgiens ici présents n'a observé ces accidents.

Le mécanisme le plus important établi par M. Guinard consiste dans l'introduction d'une quantité importante d'eau dans l'espace sous-arachnoïdien.

Je suis tout à fait de l'avis de mon collègue; depuis plusieurs mois, j'ai adopté la technique de Guinard; j'injecte une solution de cocaïne au 1/10 que je mélange dans la seringue au liquide céphalo-rachidien et que je réinjecte ensuite. Depuis que j'emploie cette technique, je n'ai pas observé une seule fois des maux de tête violents, et pas une fois ces maux de tête n'ont persisté au delà de la première nuit; pas une fois je n'ai dû faire la ponction évacuatrice tardive. Donc c'est bien l'eau qui produit l'hypersécrétion rachidienne.

M. Moty. — J'insisterai sur la nécessité de ne pas fermer les plaies arachnoïdiennes, surtout quand elles sont septiques.

Un malade atteint de méningite cérébro-spinale par plaie de la narine droite par baguette de fusil entre à l'hôpital militaire de Lille. Je le trépane le quatrième jour, j'ouvre la dure-mère, je draine avec une petite mèche de crin. Celle-ci tombe au bout de quatre jours, mais le liquide continue à couler en petite quantité pen-

dant vingt-deux jours, malgré la facilité avec laquelle se cicatrise le cuir chevelu qui avait été suturé.

En ce qui concerne le diagnostic de méningite, on est beaucoup trop timide, et la ponction rachidienne permet aujourd'hui d'affirmer ce diagnostic dans beaucoup de cas qui auraient autrefois passé inaperçus. J'ajoute que dans les cas graves, outre les lymphocytes, on trouve quelques globules rouges.

M. Demoulin. — Notre collègue Chaput vient de dire que dans la rachicocaïnisation, c'est la présence non du sang, mais de l'eau injectée dans le liquide céphalo-rachidien, qui produit l'hypertension de ce liquide. Je n'ai pas voulu traiter ici cette question, et je me borne à enregistrer l'intéressante remarque de Chaput, confirmative de celle de Guinard.

M. le professeur Tillaux nous a rapporté une remarquable observation d'écoulement persistant, par le nez, du liquide céphalo-rachidien, et a insisté sur ce fait que le malade, malgré l'abondance de l'écoulement, ne présentait aucun signe d'affaiblissement. Le malade de M. le Dr Giss a été très affaibli, dès le début de sa maladie, et l'était deux ans encore après sa blessure. Il est vrai que l'abondance de l'écoulement a été extraordinaire.

MM. Moty, Routier ont bien voulu me faire quelques objections au sujet de la suture de la plaie. M. Moty dit : ne suturez pas, Routier nous montre que dans un cas où il n'a pas fermé l'espace sous-arachnoïdien ouvert, son malade n'a pas été incommodé; que dans un autre où il a suturé la plaie, il en a été de même.

Je ne saurais me prononcer définitivement sur la conduite à tenir en pareille circonstance; quant à moi, à l'heure actuelle, je ne fermerais pas une plaie ayant ouvert l'espace sous-arachnoïdien, malgré la déperdition abondante du liquide.

— Je répondrai à M. Poirier que je ne tiens pas absolument à l'opinion que j'ai cru devoir défendre, à savoir que l'introduction de sang dans le liquide céphalo-rachidien détermine l'hype - sécrétion de ce liquide. Notre collègue m'objecte que le sang des plexus intra-rachidiens ne saurait, par une simple piqûre des méninges, arriver dans l'espace sous-arachnoïdien. Je lui répondrai que je ne le crois pas plus que lui, mais que je pense que les infarctus qui, comme l'a dit Cl. Bernard, se produisent dans les vaisseaux de la moelle, à la suite de la soustraction du liquide céphalo-rachidien, que la blessure possible d'un des rameaux artériels qui rampent à la surface de la moelle, et qui doivent donner lieu, alors, à une petite hémorragie, peuvent, peut-être, expliquer l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien. Cela d'autant mieux, qu'un épanchement sanguin minime, dans les mem-

branes séreuses, auxquelles on peut, dans une certaine mesure, comparer les parois limitantes de l'espace sous-arachnoïdien, suffit pour y amener une inflammation exsudative souvent intense.

Présentations de malades.

Ascite considérable.

M. Richelot. — Je vous présente une malade dont le ventre est distendu par une ascite considérable, mais qui a bonne mine, comme vous voyez. Voici son histoire :

En mai 1900, elle fut opérée par M. Doyen pour une tumeur abdominale ; c'est-à-dire que M. Doyen fit la laparotomie et trouva une tumeur diffuse de la cavité pelvienne, englobant l'utérus, les annexes, les anses intestinales, devant laquelle il jugea prudent de s'abstenir. Il se borna à prélever un petit fragment de la tumeur, qui fut examinée histologiquement par M. Cornil, et déclarée épithéliome. Ayant refermé le ventre, il estima que la malade n'avait plus que quelques mois à vivre.

Au mois de juillet de la même année, M. le Dr Wlaeff m'appela auprès de cette femme. Je la trouvai dans son lit, sans forces, pâle, exsangue, absolument cachectique. Un magma diffus occupait le petit bassin et la région hypogastrique, immobilisant l'utérus, remplissant les culs-de-sac, faisant un plastron dur au-dessus du pubis. Je pensai qu'il n'y avait rien à tenter pour venir en aide à cette malheureuse, et qu'elle serait morte au bout de quelques semaines. Alors M. Wlaeff me demanda s'il était autorisé à essayer, dans ce cas désespéré, le sérum dont il est l'inventeur. Je répondis que, dans mon opinion, le sérum n'avait aucune chance de succès, mais que la tentative serait sans inconvénient. Puis j'oubliai la malade et n'entendis plus parler d'elle.

Il y a un mois, M. Wlaeff vint à l'hôpital Saint-Louis me prier d'examiner un cas d'ascite considérable et de chercher ce qu'il pouvait y avoir dans la cavité pelvienne. Je ne reconnus pas la moribonde que j'avais vue dans son lit deux ans auparavant, et, sans penser à elle le moins du monde, je fis l'examen qu'on me demandait. Je trouvai un utérus de volume normal, mobile au milieu d'un petit bassin parfaitement libre, avec des culs-de-sac vaginaux profonds et souples. Le liquide ascitique me masqua complètement une tumeur grosse comme le poing qui, paraît-il,

se retrouve facilement, bien circonscrite et mobile, après la ponction qu'on répète tous les mois. Mon étonnement fut grand lorsque M. Wlaeff me fit reconnaître sa malade; l'usage du sérum avait, selon toute apparence, été la cause de cette transformation radicale, véritable résurrection d'une femme qui paraissait condamnée.

Je ne crois nullement, Messieurs, aux sérums « anticancéreux »; je ne crois pas qu'on en ait trouvé jusqu'ici; je crois même — pour des raisons de doctrine et sans rien affirmer — qu'on n'en trouvera pas. Mais je sais qu'on a déjà cité un certain nombre de cas où les sérums — de compositions variées et, sans doute, de valeurs inégales — ont eu de bons résultats sur la nutrition. Ils peuvent bien, après tout, remonter les malades, modifier les circulations locales, favoriser la résorption des exsudats qui entourent certains tissus morbides et les transforment en magma inextricable. Je pense qu'il s'est passé ici quelque chose de semblable; je ne crois rien de plus. Vous voyez, en somme, une malade que M. Doyen n'a pas pu opérer, que, deux mois plus tard, j'ai jugée perdue à brève échéance, et qui après l'usage d'un sérum — sans adjectif — est aujourd'hui bien portante, je ne dis pas guérie. L'ascite, qui se reproduit rapidement après chaque ponction, et que M. Wlaeff est tenté d'attribuer à une cirrhose — pourquoi? — me paraît due manifestement à la tumeur végétante, épithéliale, de l'ovaire droit. Cette tumeur existe toujours, elle est toujours menaçante, et la malade n'est pas guérie; mais elle est devenue opérable, et c'est là un point essentiel. Étant donné que nous avons vu bien souvent des tumeurs franchement épithéliales de l'ovaire évoluer lentement, qu'il y a certainement des degrés de malignité très variables dans ces néoplasmes, cette tumeur, aujourd'hui mobile au milieu du liquide ascitique, peut être abordée hardiment, et l'opération, si la malade s'y décide, peut nous donner un succès auquel personne, il y a deux ans, n'aurait cru.

M. Quénu. — J'ai écouté avec un très grand intérêt la communication de M. Richelot. Il me permettra de faire quelques réflexions. Pour juger d'un résultat pratique, il faut partir d'un point de départ certain, et, en particulier, avoir fait un diagnostic précis. Or, tel n'est pas le cas des lésions présentées par la malade de M. Richelot. Il nous dit que dans l'opération qui lui avait été faite, on s'était trouvé en présence d'une masse adhérente à toutes les parois du petit bassin et aux organes qu'il renferme. De quelle nature était cette masse, ce magma? N'était-il pas, par hasard, de nature tuberculeuse, car il y a des formes de tuber-

culose pelvienne qui donnent lieu à des productions fibreuses simulant des tumeurs. Je me suis trouvé moi-même en présence d'un cas analogue. J'opère une malade atteinte d'annexites avec productions fibreuses considérables dans lesquelles, pièces en mains, il me fut absolument impossible de trouver de la tuberculose. Quelques mois après, je suis appelé auprès d'elle pour des accidents d'occlusion intestinale. Je fus très surpris, en l'opérant, de trouver, non l'occlusion intestinale, mais un péritoine tout couvert de granulations tuberculeuses qui avaient donné lieu à de l'ascite. Il peut donc y avoir des tuberculoses à forme fibreuse dans lesquelles l'élément tuberculeux est détruit et où il est impossible de trouver le follicule caractéristique.

Je ne dis pas qu'il s'agisse chez la malade de M. Richelot d'un cas analogue, mais on ne peut, des renseignements vagues qu'elle nous donne, rien conclure.

On a enlevé un fragment; de quelle nature est-il? L'a-t-on examiné? En outre, il y a des tumeurs de l'ovaire qui ont une marche lente et même régressive. Nous avons tous vu au début de nos études de ces tumeurs de l'ovaire datant de vingt à vingt-cinq ans, venant se faire ponctionner dans les services. J'ai opéré, il y a quinze ans, une tumeur polykystique tellement fusionnée avec les organes voisins que je ne pus faire qu'une laparotomie exploratrice. Je pensais qu'elle serait morte cinq ou six mois après; au bout de dix ans, elle vint me voir et elle allait assez bien, sans être guérie toutefois.

Je dis donc : 1° il y a de fausses tumeurs qui ne sont autres que des tuberculoses fibreuses ; 2° il y a des tumeurs de l'ovaire qui ont une évolution très lente et même régressive, qui peuvent être considérées presque comme des tumeurs évoluant spontanément vers une sorte de guérison incomplète.

M. Paul Segond. — J'ai écouté avec la plus grande attention l'observation de M. Richelot, dont l'intérêt n'a échappé à personne. Je pense que ces observations sont dangereuses à publier, parce qu'elles peuvent laisser croire à des succès thérapeutiques que nous sommes loin de constater. Mais si on publie ces observations, il faut publier aussi les observations similaires qui en sont comme la contre-partie. Je désire rapprocher de cette observation l'histoire d'une jeune femme opérée par Péan d'un cancer de l'ovaire droit. A la suite, elle a un enfant. Trois ans après, elle vient me voir avec une tumeur de l'ovaire gauche. C'était aussi un épithélioma, partout adhérent à la masse intestinale. Aussi l'opération fut-elle laborieuse, mais, grâce à un drainage et à un tamponnement, elle guérit.

J'avais fait auprès de la famille les plus expresses réserves sur les suites éloignées de l'opération, et averti que si, comme c'était probable, il survenait une récidive, il ne faudrait pas y toucher. Or, un an après, elle revenait me voir avec une tumeur dans la même région. Cette tumeur me paraissait tellement mobile que je crus devoir passer outre et proposer l'intervention.

Ce fut, du reste, aussi l'opinion de notre collègue Poirier, qui avait vu la malade. Je fis la laparotomie et trouvai une tumeur tellement adhérente aux organes du petit bassin que, pour en faire l'ablation, j'aurais dû enlever en même temps l'utérus, la vessie, les uretères, le rectum. Je m'abstins, comme bien on pense, et refermai le ventre. Elle guérit de l'opération, et elle fut soumise au traitement par les injections de sulfate de quinine. Je l'ai revue cinq mois après; on ne sentait, pour ainsi dire, pas de tumeur dans son ventre.

Je pourrais publier cette observation à l'actif des injections de quinine comme moyen de guérison du cancer. Je ne le ferai pas; on ne doit publier des observations semblables qu'à la condition de bien faire remarquer que ces observations sont des exceptions, des curiosités cliniques que, sans doute, il faut connaître, mais qui ne doivent, en aucun cas, nous autoriser à laisser supposer que dans le traitement du cancer, quel qu'il soit, nous accordons crédit sérieux à des méthodes de traitement qui s'amélioreront peut-être, mais dont l'efficacité reste pour l'instant tout entière à démontrer.

Anévrismes des deux artères fémorales guéris par la ligature de ces vaisseaux.

M. Paul Berger. — En ce moment où le traitement des anévrismes artériels par la méthode d'Anel paraît peu en faveur, et où l'extirpation du sac anévrismal paraît être la méthode de choix adoptée par beaucoup de chirurgiens, je crois devoir vous présenter cette malade sur laquelle j'ai eu recours à la ligature pour la débarrasser d'anévrismes très volumineux des deux artères fémorales, dont l'un était en voie de se rompre.

Quand elle est entrée dans mon service à Beaujon, elle présentait du côté gauche, vers l'union du 1/3 supérieur et des 2/3 inférieurs de la cuisse, un très volumineux anévrisme, gros comme une tête de fœtus à terme et même plus, qui était animé de violentes pulsations. Le volume de cet anévrisme augmenta d'un bon tiers en quinze jours environ; en même temps une teinte ecchymotique qui se produisit à ce niveau, et qui descendit

bientôt vers le creux poplité, montra que des fissures se faisaient dans la poche artérielle et qu'une rupture était imminente.

Du côté droit existaient sur la fémorale deux anévrismes superposés gros l'un et l'autre comme des œufs de poule, battant fortement, et développés sur la partie moyenne de cette artère.

Le 20 janvier 1902 je pratiquai à gauche la ligature de l'artère fémorale superficielle à trois travers de doigt au-dessus de l'anévrisme; j'eus soin de ne pas comprendre la fémorale profonde dans la ligature que je posai immédiatement au-dessous de la bifurcation de la fémorale commune. Le vaisseau était scléreux et plus gros que le petit doigt. La ligature fut faite à la soie stérilisée. L'anévrisme cessa de battre aussitôt; il commença peu à peu à diminuer de volume tout en restant mou et presque fluctuant. Aucun phénomène anormal ne se produisit, la réunion de la plaie se fit par première intention. Aujourd'hui la tumeur est réduite au volume d'une petite pomme d'api et complètement dure; la vitalité et les fonctions du membre sont parfaites.

Le 12 février je pratiquai la ligature de la fémorale superficielle du côté droit au-dessus des deux anévrismes superposés de cette artère. On sent à peine aujourd'hui le renflement dur qui révèle l'existence antérieure de ces lésions.

Je ne veux pas assurer que l'extirpation ne soit pas préférable à la ligature pour certains anévrismes, mais elle n'est pas toujours praticable; elle eût été impossible du côté gauche chez notre malade; il est bon de rappeler que par une opération plus simple, par la ligature classique par la méthode d'Anel, on peut avoir souvent un tout aussi bon résultat. Quant aux accidents que l'on met sur le compte de la ligature, suppuration du sac, hémorragie, gangrène, etc., je suis convaincu, et le cas présent le démontre, qu'ils sont dus, non pas à la méthode elle-même, mais aux fautes contre l'asepsie que l'on commet dans son application.

Bec-de-lièvre unilatéral complexe

M. Paul Berger. — Je vous présente ce petit malade, atteint de bec-de-lièvre aussi compliqué que possible, que j'ai opéré il y a quinze jours, à l'âge de deux ans et demi, pour vous rappeler ce que l'on peut attendre d'un procédé opératoire dont j'ai été le promoteur. Ce procédé consiste, quand la fissure intéressant le bord alvéolaire divise la narine et s'accompagne d'aplatissement de l'aile correspondante du nez, *à détacher complètement l'aile du nez* par une incision qui suit le sillon qui la sépare de la joue,

à suturer la pointe de l'aile du nez ainsi détachée à la sous-cloison préalablement avivée, de manière à restaurer le canal de la narine et sa forme arrondie, et *à se servir de l'avivement de la partie de la joue correspondant à l'aile du nez pour restaurer la partie supérieure de la lèvre*. J'ai fait comme précaution essentielle la suture très soignée à la soie du bord muqueux de la lèvre, se continuant sur toute la hauteur de la face postérieure de la lèvre, de manière à constituer une ligne continue de réunion de la muqueuse. Le tubercule incisif, mobilisé par la section au ciseau du bord avéolaire au niveau de la narine saine, avivé, est ramené au contact du bord alvéolaire intéressé par la division congénitale, avivé lui aussi, et solidement fixé à celui-ci par une suture au fil d'argent très fort. La lèvre avivée, décollée de la face antérieure des maxillaires, et dédoublée pour lui donner plus d'épaisseur, est suturée au crin de Florence.

L'enfant que vous voyez, outre une division palatine complète que je restaurerai dans quelques années, avait une division du bord alvéolaire avec un écartement permettant l'introduction de l'index. La cavité de la narine gauche communiquait à plein canal avec les cavités buccale et nasale; l'os intermaxillaire présentait en avant son bord latéral gauche énormément hypertrophié ; l'aile du nez gauche était étalée comme un voile sur la division du bord alvéolaire; la pointe de l'aile du nez correspondait, en ligne verticale, à l'angle externe des paupières; la lèvre supérieure semblait ne pas exister dans sa moitié gauche. Actuellement la réunion du bord alvéolaire est complète et celui-ci donne une courbe régulière. Le nez est rectiligne, son lobule présente sa saillie normale, la narine gauche est arrondie régulièrement et forme un canal complet conduisant dans la fosse nasale correspondante. La lèvre est plus haute et plus épaisse à gauche qu'à droite et son bord libre, loin de présenter une encoche, offre un tubercule muqueux saillant qu'il faudra peut-être diminuer un peu de longueur.

M. Chaput. — J'ai opéré, il y a quelques mois, un enfant de six mois, tout à fait comparable à celui de M. Berger : bec-de-lièvre compliqué avec large fissure palatine comprenant toute la voûte du palais.

J'ai fait l'avivement des lèvres de Mirault ; puis j'ai incisé largement le cul-de-sac vestibulaire de la bouche et j'ai décollé à la rugine les ailes du nez des deux côtés, ce qui m'a permis de rapprocher les lambeaux courts et tendus.

J'ai suturé l'aile du nez à la sous-cloison à la soie, et la lèvre au crin de Florence.

Réunion immédiate. Quelques semaines après, j'ai réséqué le lobule médian résultant des petits lambeaux de Mirault. Actuellement, le résultat est si satisfaisant que cet enfant ne diffère en aucune façon d'un enfant normal ; les orifices nasaux sont d'égale largeur, et la fissure palatine s'est oblitérée à sa partie antérieure.

J'ai pu obtenir ce résultat sans détacher l'aile du nez au bistouri.

Destruction complète du nez par un lupus.

M. BERGER présente une malade qui a subi une destruction complète du nez par un lupus et sur laquelle il va pratiquer une restauration nasale par un procédé mixte emprunté à la méthode italienne, à la méthode indienne et au procédé de M. Nélaton.

M. NÉLATON. — J'amènerai dans la prochaine séance un malade que j'ai restauré, mais par un procédé un peu différent.

Ablation abdomino-périnéale d'un rectum.

M. RICHE présente une malade à laquelle il a fait l'ablation abdomino-périnéale de 25 centimètres de rectum.

Transplantation musculaire.

M. MORESTIN présente une malade à laquelle il a fait une transplantation musculaire pour paralysie atrophique du membre supérieur. — Rapporteur : M. LEGUEU.

Tumeur du sein.

M. WLAEFF présente une malade atteinte d'une *tumeur du sein*, traitée par son sérum et opérée par M. Reynier.

Présentation de radiographie.

Décollement épiphysaire incomplet de la tubérosité antérieure du tibia.

M. Michaux. — J'ai l'honneur de vous présenter une intéressante radiographie de décollement épiphysaire incomplet de la tubérosité antérieure du tibia qui a été obtenue chez un de mes malades par M. Vaillant, chef du laboratoire de radiographie de l'hôpital Lariboisière.

L'histoire clinique de ce jeune malade est intéressante : le dimanche 6 avril au soir, je suis appelé auprès d'un jeune homme de dix-sept ans qui avait fait dans l'après-midi une chute sur le genou en jouant. Je le trouve avec un gonflement considérable de l'extrémité supérieure de la jambe gauche ; intégrité de l'articulation du genou, aucun signe de fracture, aucune mobilité transversale, aucune douleur au rapprochement des fragments, à la pression, sauf au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, et encore cette douleur.

Tout en songeant à un décollement épiphysaire partiel, je me demande s'il n'y a pas de gonflement antérieur, un état maladif antérieur. L'affection à laquelle on songerait le plus, c'est une ostéomyélite, d'autant plus que les jours suivants la température s'élève tous les jours.

Pour trancher la question, j'ai donc prié M. Vaillant de nous faire la radiographie de la jambe malade, et c'est cette photographie que je vous présente. Son interprétation n'est pas sans difficulté en raison de l'angle que fait le plateau supérieur du tibia avec la diaphyse de l'os, on peut se demander s'il n'y a pas eu décollement total de l'épiphyse. Je ne le crois pas, car il n'y avait aucun signe.

Mon collègue Poirier se demande même si le décollement existe pour la tubérosité antérieure du tibia ; je ne suis pas de son avis.

Quelle que soit l'interprétation de ce fait, ses caractères cliniques me paraissent extrêmement intéressants. Je les résume ainsi, aucune douleur, aucune mobilité anormale dans la région du plateau tibial ; un seul symptôme, un gonflement de toute la moitié supérieure de la jambe tel que le membre paraît subluxé en dehors, sans qu'il y ait aucune déviation réelle.

Présentation de pièce.

Rein polykystique.

M. Michaux présente un *rein polykystique* qu'il a enlevé ce matin.

Le Secrétaire annuel,
P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 16 AVRIL 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

Rectification à la rédaction du procès-verbal.

M. Quénu. — J'ai écouté attentivement la communication de M. Richelot. Notre collègue avait omis de prononcer une phrase qui se trouve dans le compte rendu : « Il se borna à prélever un petit fragment de la tumeur, *qui fut examinée histologiquement par M. Cornil et déclarée épithéliome.* » Cette phrase, en effet, répond d'avance à la première partie de mon argumentation. La seconde reste, d'ailleurs, intacte.

A l'occasion du procès-verbal.

Intervention pour fibrome compliquant la grossesse.

M. Routier. — Comme mon ami Quénu, je crois qu'il faut être très sobre d'interventions chirurgicales dans les cas de fibromes compliqués de grossesse; il m'est souvent arrivé de voir des malades dans ce cas, et, toutes les fois que je n'ai fait que constater l'existence simultanée du fibrome et de la grossesse, je me

suis hâté d'adresser ces femmes dans un service d'accouchement où on pouvait les suivre, estimant qu'il n'y avait lieu à intervenir que s'il se produisait des accidents.

Je n'ai eu, pour ma part, à intervenir que dans quatre cas :

Une première fois, en 1889, j'ai dû intervenir pour ainsi dire d'urgence; une femme enceinte de quatre mois avait tout à coup senti se développer une énorme tumeur dans son ventre, et elle étouffait par le fait de la pression exercée sur le diaphragme par sa tumeur.

Je pratiquai une myomectomie avec succès, et la grossesse continua; j'enlevai un énorme fibrome de 2 kil. 500 en forme de rein, qui avait dû se déplacer brusquement et s'était arc-bouté entre le pubis, l'utérus gravide d'une part, et le diaphragme de l'autre.

En 1898, j'ai pratiqué une hystérectomie abdominale totale pour un fibrome compliqué de grossesse de trois mois; cette femme avait un volumineux fibrome et des pertes incessantes; c'est après un mois d'observation que l'intervention fut décidée; la malade guérit.

En 1899, j'ai encore pratiqué une hystérectomie abdominale totale à une femme de trente-cinq ans, mariée, qui avait un fibrome remontant à l'ombilic, et qui, n'ayant pas eu ses règles depuis deux mois, était soupçonnée de grossesse; depuis six semaines, sa tumeur était devenue très douloureuse, et la malade disait ne plus pouvoir se tenir debout. Le fibrome pesait 2.960 grammes, et, dans la cavité utérine, très refoulée en arrière, se trouvait un fœtus de 7 centimètres.

La malade a guéri.

En 1901, j'ai dû intervenir chez une jeune femme de vingt-six ans, enceinte de six mois, qui fut prise d'accidents brusques comparables à ceux que produit la torsion d'un kyste sur son pédicule.

La sensibilité de la malade était telle que je pus très difficilement la palper, et je crus à un kyste tordu.

La malade endormie, je fus frappé de la dureté de la tumeur; c'était un fibrome de 3.350 grammes, à demi tordu sur son pédicule, de 6 centimètres de long sur 15 millimètres d'épaisseur. Je pratiquai la myomectomie, mais, malgré les précautions prises, je dus ouvrir un sinus, ce qui nécessita deux ou trois points de suture supplémentaires.

Tout paraissait devoir se bien terminer; mais le cinquième jour, elle fut prise de douleurs expulsives, accoucha d'un enfant vivant, mais mourut subitement deux heures après, succombant certai-

nement à une embolie, à laquelle je pense que la blessure du sinus ne fut pas étrangère.

J'ai su, d'autre part, que les malades que j'avais envoyées dans le service d'accouchement y ont été délivrées sans accident; l'une d'elles est revenue plus tard avec son fibrome qui avait grossi et que j'ai enlevé.

J'estime donc qu'il ne faut intervenir que dans les cas d'accidents, et précisément pour remédier à ces accidents.

Sur le traitement du cancer par le sérum de Wlaeff.

M. F. LEGUEU. — Je voulais, dans notre dernière séance, formuler quelques réflexions à propos de l'intéressante présentation de M. Richelot. Notre collègue nous montrait une malade chez laquelle on voyait un cancer pelvien s'améliorer, fondre et disparaître en partie sous l'influence du sérum de Wlaeff. Sans exagérer outre mesure la valeur curative de ce sérum, M. Richelot nous montrait cette malade pour établir que ce sérum est susceptible de modifier profondément l'évolution d'un cancer.

M. Segond faisait en outre observer que d'autres éléments que le sérum de Wlaeff peuvent donner une pareille amélioration sans qu'on soit autorisé à conclure à une réelle efficacité.

Je m'associe à ces prudentes objections. Je crois qu'il faut être très réservé avant d'attribuer à des sérums une efficacité non prouvée.

On éprouve très souvent des surprises avec ces tumeurs pelviennes; et même, pour celles qui sont cancéreuses, on peut être troublé par une évolution très insolite.

Il y a quelques années, je voyais une malade avec un cancer pelvien : il y avait ascite à répétition, l'état général était mauvais, la malade avait beaucoup maigri, et le petit bassin était comblé de masses dures qui fusionnaient tous les organes. Je fis la laparotomie, et je constatai un cancer double des ovaires, formé de kystes, de végétation et de néoplasme vrai; les lésions me parurent tellement étendues, les adhérences si compliquées, que je crus prudent de ne rien faire et de refermer le ventre; j'abandonnai la malade et la perdis de vue; j'étais persuadé d'ailleurs qu'elle n'avait que quelques semaines, deux mois au plus à vivre. Or, dix-huit mois après, je retrouvais cette malade dans un état sensiblement analogue : elle n'avait rien perdu, elle n'avait peut-être

pas beaucoup gagné, mais le fait qu'elle ne s'était pas aggravée me parut inexplicable. Je me mis à regretter profondément de ne l'avoir pas débarrassée lors de ma première intervention, d'une tumeur qui, dix-huit mois après ne l'avait pas emportée. Je me décidai alors à la réopérer, je tentai l'opération que moi-même avais abandonnée la première fois, et, malgré l'étendue des lésions, j'ai pu enlever toutes les tumeurs et leurs propagations, et cette malade est restée indemne deux ans après cette seconde opération; actuellement elle présente à nouveau une ascite qui indique une extension nouvelle, une récidive ou une généralisation.

Cette tumeur était de nature épithéliale : c'était un cancer. Si j'avais administré à cette malade du sérum de Wlaeff, je n'aurais pas manqué d'attribuer à ce sérum d'abord l'énucléabilité des lésions enlevées lors de ma seconde opération, ou encore la longue immunité dont la malade avait bénéficié auparavant, et j'aurais eu tort, puisque le même résultat a été obtenu sans sérum.

Je crois donc, et c'est ma conclusion, que l'observation de M. Richelot ne prouve même pas ce que notre collègue veut lui faire dire : je crois que dans ce cas, comme dans d'autres, l'efficacité du sérum de Wlaeff est à prouver, et je trouve, comme M. Segond, que ces observations sont quelque peu dangereuses par la confiance injustifiée qu'elles suggèrent aux familles et aux médecins.

M. Delorme. — J'ai demandé la parole pour m'associer à l'opinion émise par mes collègues MM. Segond et Legueu.

Comme M. Segond, je crois que, si séduisante que soit l'observation de M. Richelot, elle est presque dangereuse à publier, car elle peut être de nature à faire naître des espérances et à préparer de regrettables déceptions à ceux qui emploiraient le même sérum.

Il me semble que lorsqu'un auteur veut entraîner une conviction, il doit, à une société comme la nôtre, présenter non une ou plusieurs observations intéressantes, au résultat douteux, mais un bloc d'épreuves, un ensemble massif de faits variés, longuement poursuivis. Nous les attendons encore de M. Wlaeff, qui ne nous a même plus représenté des malades antérieurement montrés à la Société.

M. Richelot. — Je ne voudrais pas prolonger, plus qu'il ne convient, une discussion aussi délicate. Je reconnais qu'il ne faut pas s'aventurer à la légère sur un pareil terrain, et quand j'entends mes collègues recommander la plus extrême prudence, je puis leur répondre qu'ils prêchent un converti.

En effet, j'ai dit qu'il n'y a pas de sérum anticancéreux; je crois même qu'il n'y en aura jamais. J'ai, pour parler ainsi, des raisons doctrinales qui pourront un jour se modifier; en tout cas le sérum anticancéreux n'est pas encore découvert. Mais j'ai dit et je répète qu'il peut y avoir des *sérums* (sans adjectif) qui remontent l'état général des malades, qui favorisent la résorption d'exsudats et modifient ainsi la physionomie clinique de certains néoplasmes.

Je n'ai pas présenté ma malade comme guérie; j'ai présenté une femme qui était moribonde quand je l'ai vue pour la première fois, et qui est actuellement dans un bon état général et porte une tumeur abdominale avec de l'ascite. Quand je dis qu'elle était moribonde, cela signifie qu'elle était cachectique au dernier degré, pâle, jaunâtre, et paraissait devoir mourir à bref délai.

Donc, c'est une moribonde qui, à la suite d'un traitement, est devenue bien portante et opérable. C'est ce qui reste de la note que j'ai présentée, et non une observation de guérison par un sérum anticancéreux. Elle est devenue opérable. Dans quelle mesure l'est-elle devenue? c'est ce que je ne sais pas et ce qu'on ne pourra savoir que lorsque l'ascite sera évacuée et l'abdomen ouvert.

Dans la malignité des tumeurs ovariennes, si épithéliales qu'elles soient, il y a des variétés et des degrés. J'ai opéré, il y a quatre ans, une malade présentant une tumeur végétante de l'ovaire gauche avec des grains épithéliaux disséminés sur toute la surface du péritoine avoisinante. J'ai enlevé la tumeur de l'ovaire et laissé les grains épithéliaux, faisant les plus extrêmes réserves sur l'avenir. Deux ans après, elle revenait me voir, mais cette fois avec une tumeur du côté droit. Je l'ai opérée à nouveau; il y avait à droite une tumeur végétante et des grains épithéliaux sur le péritoine voisin. L'examen du côté gauche m'a permis de voir qu'il n'y avait pas l'ombre d'une récidive et que les grains épithéliaux avaient disparu. Cette malade est actuellement très bien portante. Je suppose que chez la malade de M. Wlaeff nous nous trouvons en présence d'une tumeur de cette nature. Peut-être que, s'il s'était agi d'un cancer très malin, le sérum n'aurait rien fait; mais son action n'est pas niable dans le cas particulier.

J'ai, depuis la dernière séance, vu dans mon service une malade atteinte d'un cancer du col de l'utérus, avec envahissement des parois vaginales, inopérable soit par la voie haute, soit par la voie basse. Cette malade est soumise aux injections de sérum par M. Wlaeff; si jamais, dans un cas pareil, on obtenait un résultat par le sérum, — il ne s'agit plus de tumeurs de mali-

gnité douteuse, ni d'adhérences, ni d'exsudats pouvant donner le change, — alors vraiment nous devrions être étonnés.

M. Poirier. — Je ne veux pas nier l'action que peuvent exercer les sérums sur l'état général ni la possibilité d'améliorer par l'emploi de ces sérums un état local. Je prends surtout la parole pour demander à M. Richelot de vouloir bien prélever, pour en faire l'examen histologique, un fragment du néoplasme utérin dont il vient de nous parler, afin que, s'il observe des modifications heureuses, nous ne puissions pas nous réfugier, pour les expliquer, derrière la possibilité d'une erreur de diagnostic.

Discussion sur la rhinoplastie.

M. Nélaton. — Messieurs, M. Berger vous a présenté, dans la dernière séance, une femme qui a une destruction, que j'appelle *totale*, du nez : il nous a dit qu'il pensait pouvoir faire la restauration de ce nez en abaissant le squelette de l'ogive nasale comme je le fais dans le procédé que j'ai décrit devant vous il y a deux ans. Il aurait ensuite recours à la méthode italienne pour recouvrir de parties molles ce support osseux.

Or, je ne pense pas que chez une personne, dont les os du nez sont détruits sur une étendue aussi grande, on puisse, par le procédé que j'ai indiqué, trouver un squelette suffisant pour le nez, à moins de pénétrer dans les voies lacrymales et de s'exposer à des complications de ce côté.

C'est pourquoi, dans un cas analogue à celui que vous a présenté M. Berger, j'ai eu recours, l'an passé, à un procédé qui, certes, n'est pas parfait, mais qui m'a donné un résultat passable que je vous présente aujourd'hui.

J'ai refait un squelette nasal en prélevant une lamelle de l'os frontal. Cette lamelle rabattue sur l'orifice des fosses nasales a donné une saillie notable qui, si elle ne reproduit point un nez très gracieux, donne, au moins, un aspect infiniment supérieur au trou béant que présentait la malade.

Voici en quoi consiste le procédé opératoire :

Premier temps. — L'orifice béant des fosses nasales est recouvert dans ses deux tiers supérieurs par le renversement de dehors en dedans de la peau qui le borde. A cet effet, une incision qui circonscrit cet orifice est conduite à 1 cent. 1/2 en

dehors de lui ; la peau, disséquée de dehors en dedans, est rabattue sur la ligne médiane, où elle est suturée avec le lambeau du côté opposé auquel on a fait subir la même dissection. Ces lambeaux sont donc retournés, leur face cruentée regardant en avant, leur face cutanée regardant en arrière l'orifice des fosses nasales. Les lambeaux suturés recouvrent ainsi les deux tiers supérieurs de cet orifice. (Fig. I.)

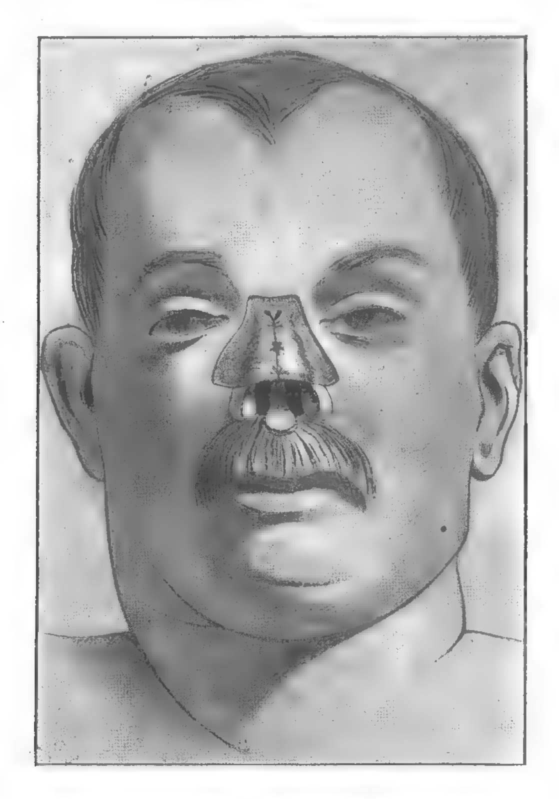


Fig. I.

Deuxième temps. — Une incision en fer à cheval est faite sur les téguments du front, de façon à circonscrire un lambeau de la longueur du nez que l'on veut faire et de sa largeur (6 centimètres de long et 3 1/2 à 4 de large). Ce lambeau comprend forcément, à son extrémité supérieure, un petit triangle de cuir chevelu, poilu. La base de ce lambeau est située 5 à 6 millimètres au-dessus de la ligne sourcilière.

Le lambeau étant incisé à fond jusqu'à l'os, les téguments sont écartés du lambeau à l'aide de la rugine. Alors, très soigneuse-

ment, le chirurgien conduit une fine scie à chantourner horizontalement, parallèlement à la surface du front, de façon à détacher la lame superficielle du frontal dans une étendue de 4 à 5 centimètres de longueur sur une largeur de 2 cent. 1/2 à 3.

Cette section osseuse se fait péniblement et se termine forcément au niveau du sommet des sinus frontaux. (Fig. II.)



Fig. II.

Troisième temps. — La plaque osseuse qui double le lambeau frontal est alors sectionnée en son milieu avec la scie, et la peau à laquelle elle adhère divisée suivant le trait de scie ; le lambeau frontal est donc maintenant divisé en deux lambeaux ostéo-cutanés. (Fig. III.)

Quatrième temps. — Chacun de ces lambeaux secondaires est alors tourné de façon que sa face cutanée regarde en dehors ; sa face osseuse formant un angle qui constitue la *saillie* du nez

s'appliquant au contraire sur la surface cruentée des lambeaux qui ferment les fosses nasales. (Fig. IV.)

Grâce à ce procédé, j'ai obtenu le résultat que je vous présente.

Sans aucune modestie, je n'hésite pas à déclarer qu'il me paraît infiniment supérieur aux procédés qui consistent à se servir de corps étrangers pour rétablir la saillie du nez.

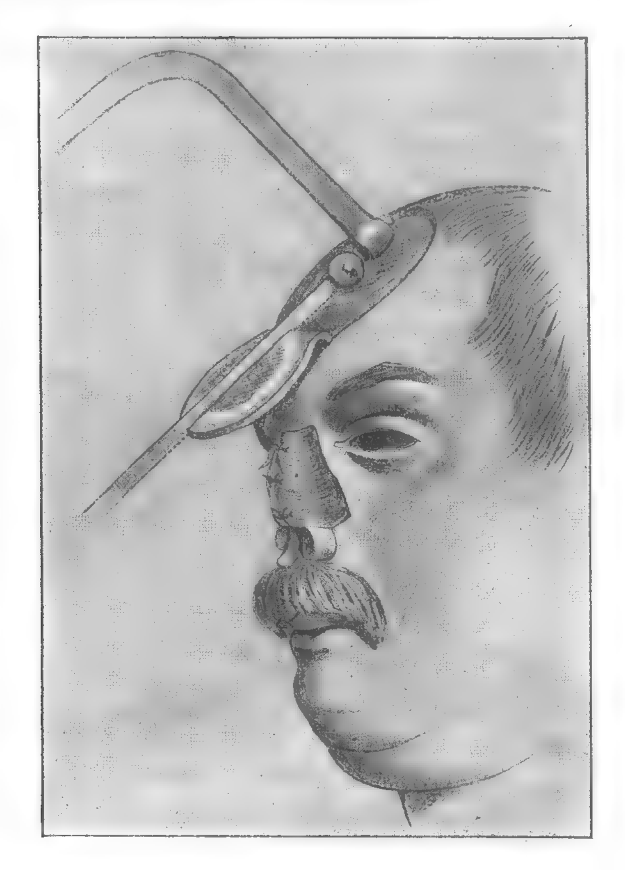


Fig. III.

Mais je ne fais aucune difficulté pour reconnaître qu'il présente de nombreux inconvénients :

1° Le nez est poilu, et le malade devra se raser le nez comme on se rase le menton ;

2° La surface du frontal dédoublé est longue à se recouvrir d'une cicatrice toujours plus ou moins apparente ;

3° L'exécution du procédé est difficile, demande de nombreuses retouches ;

4° On peut craindre que, dans quelques cas, la torsion des lambeaux ostéo-cutanés à leur base n'entraîne leur sphacèle.

Aussi je ne vous présente pas ce procédé comme très satisfaisant; je vous le fais connaître parce qu'il constitue une étape dans la réfection totale du nez détruit dans son squelette, et parce que je le crois moins difficile à exécuter que le procédé de von Acker.

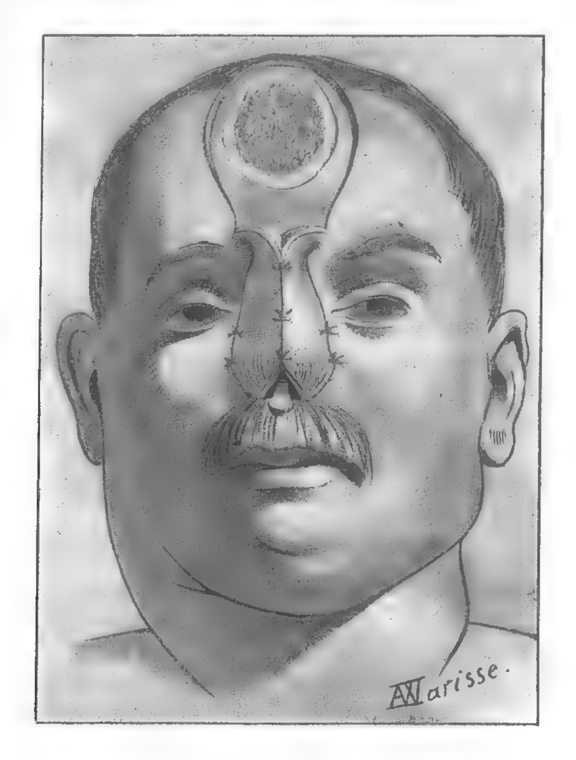


Fig. IV.

M. Delbet. — Je crois que Kœnig a décrit, il y a dix ans, un procédé analogue à celui que M. Nélaton vient de nous décrire.

M. Nélaton. — Le procédé auquel fait allusion M. Delbet doit être celui de von Acker, et encore en diffère-t-il beaucoup. Il est même si difficile à appliquer que sur une douzaine de tentatives faites sur des cadavres, soit par moi, soit par des prosecteurs, nous n'avons pu réussir qu'une fois.

Rapport.

Sur trois cas de troubles psychiques post-opératoires,

par M. le Dr Marcopoulos (de Constantinople).

Rapport de M. PICQUÉ.

Messieurs, il y a quelque temps déjà, vous m'avez confié, pour vous en faire l'analyse, trois observations de troubles psychiques post-opératoires.

Vous n'attendez pas, je pense, à ce que j'essaye de rouvrir devant vous un débat sur cette question. La discussion qui s'est poursuivie à cette tribune en 1898 pendant de longues séances, à l'occasion du travail que je vous avais présenté, est encore présente à tous vos esprits.

Vous vous rappelez qu'elle a eu pour premier résultat d'établir que si les psychoses post-opératoires existaient bien réellement, elles ne pouvaient en aucun cas être, comme le voulaient certains auteurs, le résultat de l'opération elle-même, et que dans tous les faits observés, la psychose ne se manifestait que chez des aliénés ou des malades présentant des prédispositions héréditaires ou acquises.

Votre discussion eut un retentissement considérable dans le monde scientifique; elle provoqua une série de discussions dans les sociétés de province, donna lieu à la publication de thèses et de mémoires intéressants; trois professeurs de notre Faculté en firent l'objet de leçons magistrales. Le congrès des aliénistes, à Angers, mit la question à l'ordre du jour de ses travaux.

Partout vos conclusions furent adoptées, et l'on peut dire qu'elles ruinèrent définitivement l'espérance de ceux qui avaient compté sur la doctrine des psychoses post-opératoires pour s'opposer aux progrès de la chirurgie contemporaine.

Mais votre discussion eut un autre résultat peut-être ignoré de la plupart d'entre vous : elle a ouvert la voie à une chirurgie nouvelle et pleine d'espérance, la chirurgie chez les aliénés.

Grâce à vos débats retentissants, grâce au courant d'opinions et d'idées qu'ils ont entraîné, la chirurgie spéciale des aliénés a été introduite d'une façon officielle dans nos asiles.

Certes, bien des préjugés avaient entravé chez eux pendant de longues années toute tentative chirurgicale : il n'en était cependant pas de plus puissant que celui qui résultait de la doc-

trine erronée des psychoses post-opératoires. Depuis 1898, et grâce à vous, des progrès considérables ont été effectués, je vous les communiquerai dans quelques années.

Si la Société de chirurgie, pour n'envisager que le résultat immédiat, a eu le mérite d'élucider un point capital touchant la pathogénie des psychoses, en mettant en lumière le rôle de la prédisposition, elle a dû laisser bien des points dans l'ombre, qui sont cependant indispensables à résoudre pour constituer l'histoire définitive de ces psychoses.

Je me suis, pour ma part, appliqué, dans une série de mémoires basés sur mon expérience personnelle, à en élucider un certain nombre.

Qu'il me suffise tout d'abord de vous dire, Messieurs, qu'il convient de ne ranger sous cette dénomination que les troubles qui se produisent dans la sphère de l'idéation, et qu'il y aurait abus de considérer comme telles les crises de neurasthénie post-opératoire ou les attaques d'épilepsie, comme un de nos collègues avait tendance à le faire dans une récente discussion.

Je me suis appliqué également à démontrer qu'il fallait absolument faire une classe à part des psychoses infectieuses.

Il y a là un sujet qui intéresse tout spécialement les chirurgiens, parce qu'il touche au pronostic et au traitement chirurgical de ces psychoses; j'y reviendrai, si vous me le permettez, dans une communication spéciale.

J'ai, d'autre part, cherché à expliquer la variabilité des symtômes des psychoses post-opératoires, variabilité qui avait frappé certains de nos collègues.

J'ai observé entre autres que, dans certains cas, et sous l'influence de causes que je n'ai pas à étudier devant vous, on remarquait, à la suite des opérations, des affections mentales à processus anatomique bien défini comme la paralysie générale et dont l'opération ne saurait être plus responsable que dans les cas de psychoses qui surviennent chez les prédisposés.

Il existe en somme des coïncidences qu'il faut prévoir et que nous allons retrouver dans les observations qui nous ont été présentées par M. Marcopoulos. Voyons donc ces observations pour apprécier la contribution qu'elles fournissent à la question des psychoses.

Elles sont au nombre de trois dont voici le résumé.

La première est une malade de quarante ans opérée pour un phlegmon ischio-rectal qui donna issue à une quantité considérable de pus fétide; à la suite de l'intervention tous les accidents disparaissent et la malade paraît guérie. Or, quatre jours après la malade présente une excitation maniaque, elle enlève ses pansements, ne dort plus, ne mange plus, se lève la nuit, en faisant

mille extravagances; un jour elle parvient à tromper la vigilance de sa garde, sort dans la rue toute nue et se fait arrêter.

Alternatives de gaieté et de tristesse. Propos incohérents. Hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Après cinq mois d'isolement à la campagne la guérison est complète.

Le deuxième est un homme de cinquante-cinq ans, soigné pour un retrécissement de l'urètre : à un moment donné, il néglige tous les conseils qui lui sont donnés et une plaque d'induration suivie de gangrène se présente au niveau de la verge.

Le malade présente un phimosis et nous ne pouvons savoir d'après les détails de l'observation s'il existe réellement un abcès urineux dû à un rétrécissement antérieur ou si cette lésion tient au phimosis.

Quoi qu'il en soit, la température monte à 39 degrés et cède rapidement à une longue incision.

Quelques jours avant l'opération le malade semblait préoccupé et présentait une excitation exagérée, se croyant gravement atteint; les préoccupations qu'il présente finissent par absorber toute son attention. Il ne dort plus, refuse tout aliment et devient anxieux. Cet état dure huit mois et guérit à la campagne par l'isolement.

La troisième est une femme de quarante-deux ans atteinte de panaris grave du médius. Le débridement amène la cessation des accidents. La température est normale.

Or, elle présente un état de surexcitation marquée, surtout la nuit, avec idées de persécution accompagnées d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. Refus d'aliments. Insomnie; elle arrache ses pansements, se lève la nuit et se promène en poussant des cris. Alternatives de gaieté et de tristesse; tendance au mutisme. Cet état s'aggrave de jour en jour.

Il existe des antécédents héréditaires dans la famille; un grand-oncle est mort aliéné.

Au bout de quatre mois, la malade guérit par l'isolement à la campagne.

Notre confrère de Constantinople fait suivre ces observations de quelques remarques que nous devons rapidement discuter.

Il pense tout d'abord qu'il s'agit dans ces trois cas de psychoses post-opératoires développées par suite d'une intervention chirurgicale; s'appuyant d'autre part sur vos discussions, il met en lumière chez chaque malade la prédisposition héréditaire et n'admet pas plus que vous que l'opération puisse engendrer directement la folie.

Enfin, il conclut à la similitude des accidents observés parce que

tous les malades ont présenté du délire et des hallucinations; en raison du caractère passager de ces accidents il propose en terminant le terme d'hystérie traumatique ou post-opératoire.

Je vous ai promis, Messieurs, de ne pas rouvrir le débat sur les psychoses post-opératoires. Permettez-moi toutefois de répondre, en quelques mots, à chacune des affirmations de notre confrère.

Notre confrère admet que la psychose a été la conséquence de l'opération. Rien n'est, à mon sens, moins prouvé. Ce que l'on peut affirmer, c'est qu'elle a suivi l'intervention, mais il est impossible d'aller au delà, au moins pour deux d'entre elles.

La deuxième observation (malade rétréci) est la seule probante; ce malade présente dans le cours d'une affection urinaire un état hypocondriaque : c'est dans l'ordre.

Je viens de publier récemment un travail et mon interne Colombain vient de consacrer, sur mes conseils, sa thèse inaugurale à l'étude des rapports entre les états psychiques et les maladies des organes génitaux urinaires de l'homme. L'hypochondrie y tient une large place.

Quant aux deux autres, voici ce que l'examen attentif permet de constater.

La première malade est, nous dit-il, une hystérique, mais il ne fournit d'autre preuve que des antécédents de famille (mère nerveuse, deux sœurs hystériques). Ce n'est réellement pas assez ; il ne nous dit rien de ses antécédents personnels.

Cette malade a présenté après l'opération un état de confusion mentale avec hallucination et excitation maniaque. D'après mon collègue, le Dr Dagonet, médecin en chef de Sainte-Anne, auquel j'ai présenté ces observations, il peut y avoir simplement dans ce cas une coïncidence entre l'état mental et l'acte opératoire.

Quant à la troisième observation, l'auteur a oublié de mentionner l'état de la malade avant l'opération. Pour M. Dagonet, il s'agit d'une mélancolique avec anxiété et idées mélancoliques.

On ne saurait donc y voir un cas de psychose post-opératoire, dans le sens où nous devons l'entendre aujourd'hui.

Quant à la prédisposition invoquée par notre confrère, si elle existe, comme c'est probable, dans les cas qu'il nous rapporte, il convient de lui attribuer une autre signification, sauf dans son deuxième cas où, là, elle vient bien à l'appui des opinions que vous avez émises.

Dans les cas 1 et 3, elle ne fait qu'expliquer la production d'accidents qui doivent être considérés comme absolument indépendants de l'acte opératoire.

Quant à la similitude des accidents observés par M. Marcopoulos, elle n'est, en réalité, qu'apparente, ainsi qu'en témoigne l'ana-

lyse que nous en avons faite et le diagnostic mental mis par M. Dagonet en face de chaque cas. Il s'agit bien, pour chacune des malades de notre confrère, d'une affection tout à fait différente et qu'il ne faudrait pas confondre, en se basant sur l'existence, dans les trois cas, de délire et d'hallucination.

Enfin la dénomination proposée d'hystérie traumatique ne saurait être admise. Celle-ci a une signification tout autre dans le cadre nosologique, et le terme de psychoses post-opératoires que je vous ai proposé mérite d'être conservé pour grouper tous les troubles qui se produisent à la suite des opérations dans la sphère de l'idéation.

Quoi qu'il en soit, les observations qui vous ont été présentées sont intéressantes à divers égards, et je vous propose de remercier notre confrère de Constantinople de son envoi, et de déposer son travail dans nos archives.

Communication.

Rétrécissement de l'angle gauche du côlon transverse.
Colo-colostomie. Résultat excellent.

par M. TERRIER.

Mme M..., cinquante-six ans, ménagère, m'est adressée par mon collègue de la Faculté M. le professeur Gilbert; elle entre à la clinique de la Pitié le 4 novembre 1901. Mme M... a eu deux grossesses normales; elle s'est bien portée jusqu'il y a quinze ans, époque où elle aurait eu une affection de l'estomac qu'on peut considérer comme un ulcère simple, étant donnés les symptômes douloureux et l'hyperchlorhydrie. Ces phénomènes durèrent six mois après lesquels Mme M... se remit complètement. L'hiver dernier, accidents de névralgie sciatique à gauche, qui ne disparurent qu'après trois mois de traitement.

Puis la malade se plaignit de crises intestinales très douloureuses, survenant brusquement, non précédées de constipation, avec météorisme. Ces crises durent quarante-huit heures, puis disparaissent.

Depuis lors, la malade souffre du ventre, et les douleurs paroxystiques se sont localisées dans le flanc gauche; la constipation est opiniâtre; les matières ne sont pas déformées, mais elles renferment du sang et des lambeaux pseudo-membraneux;

pas de glaires. En examinant la région du flanc gauche on perçoit au niveau du côlon descendant, au-dessus de l'anse sigmoïde, un empâtement non douloureux, peu mobile. Il y a dilatation du côlon transverse, d'ailleurs peu douloureux et sans phénomènes de clapotement liquide par la percussion ou la palpation. Rien du côté des autres organes de l'abdomen et du côté des viscères du petit bassin.

L'état général est assez bon, la malade n'aurait pas maigri, l'appétit est conservé ; toutefois Mme M... réduit son alimentation pour diminuer l'intensité des troubles intestinaux dont elle se plaint beaucoup.

La température est normale et oscille entre 36°8 et 37°2.

L'examen des urines ne décèle rien d'anormal : ni sucre, ni albumine.

En présence de ces phénomènes, on pense à l'existence d'un obstacle sur le trajet du côlon descendant, à son union avec le côlon transverse. Peut-être y a-t-il un début de néoplasme non déterminable par le palper.

On résolut de pratiquer une laparotomie exploratrice et d'agir en conséquence.

L'opération fut faite le 11 novembre 1901 ; on fit une ouverture sous-ombilicale médiane. Quelques brides fibreuses ou plutôt cellulo-fibreuses unissant entre elles quelques anses intestinales grêles furent détruites facilement avec le doigt. L'examen minutieux de la partie supérieure du rectum, de l'anse sigmoïde, ne nous fit rien constater d'anormal, si ce n'est une diminution notable du calibre du gros intestin. Cette sorte d'atrésie se propageait en haut jusqu'à l'angle gauche du côlon tranverse qui, à son union avec le côlon descendant, présentait un calibre certainement rétréci et formait un angle aigü dont le sommet pénétrait profondément dans l'hypocondre, sous le diaphragme. La partie moyenne du côlon transverse, quelque peu abaissée, était dilatée par des gaz, et cette dilatation cessait juste un peu avant l'angle gauche du côlon.

Il y avait donc à ce niveau une sorte de retrécissement par courbure à angle très aigu, ouvert en bas et en dedans, du gros intestin. Ceci expliquait la constipation, les crises douloureuses, la sensibilité constante du ventre, surtout à la partie supérieure du flanc gauche, presque sous l'hypocondre.

Du reste, l'intestin n'offrait aucune tuméfaction suspecte de sa paroi.

L'indication était donc de rétablir le cours des matières dans le gros intestin, au niveau de cette coudure un peu anormale, mais bien connue des anatomistes.

Le procédé le plus facile, comme le plus simple, nous parut être d'établir une communication entre la partie gauche du côlon transverse et la partie inférieure du côlon descendant à son union avec l'anse sigmoïde. Cette entéro-anastomose fut faite assez facilement par suture et d'après les règles de la gastro-entérostomie.

Les suites opératoires furent des plus simples; les 2e et 3e jours, la température atteignit 38 degrés; le 6e, 37°8; depuis elle oscille entre 36°8 et 37°1.

Selles provoquées le 7e jour. Aux 10e et 12e jours, ablation des fils superficiels et profonds de la laparotomie.

L'opérée sortit le 3 décembre 1901.

A sa sortie, Mme M..., se porte bien, ne souffre plus du ventre, digère parfaitement tous les aliments. Les selles, d'abord provoquées par des lavements, sont devenues régulières et spontanées. Nous avons eu de ses nouvelles le 15 décembre, elles étaient excellentes. En mars dernier (1902), les nouvelles étaient toujours bonnes.

Messieurs, permettez-moi d'insister un peu sur ce fait clinique, dont je n'ai pas trouvé d'autres exemples.

Dans deux travaux successifs, l'un paru en 1895 (1), l'autre en 1896 (2), Adenot de Lyon, étudiant les accidents d'occlusion intestinale après les opérations intra-abdominales, reconnaît, après Tuya (3) : un certain nombre de causes à ces occlusions, et parmi elles ; 2° des brides, et 3° *positions vicieuses de l'intestin.*

Parmi ces dernières, il insiste sur la compression de la partie supérieur du côlon descendant par une anse grêle qui la croise ; sur le refoulement du côlon comprimé à son angle gauche et supérieure par le paquet intestinal. Avec Glénard, il pense que le ligament suspenseur gauche joue un rôle important en s'opposant à la chute du côlon, et par conséquent à sa compression par le paquet intestinal.

« L'*orifice colique sous-costal gauche* fait communiquer le transverse avec le descendant ; l'angle de réunion de ces deux segments est suspendu à la 10e côte gauche en arrière de la ligne axillaire, par un repli péritonéal doublé d'un ligament dont les attaches sont fixes, et dont la longueur ne varie jamais, etc. » (Glénard).

(1) Contribution à l'étude des occlusions intestinales après les laparotomies (*Gazette Hebdomadaire*, 16 mars 1895).

(2) Des occlusions intestinales post-opératoires (*Revue de Chirurgie*, janvier 1896).

(3) *Thèse* de Lyon, 1894.

Le Dr G. Coronat a même dessiné pour M. Adenot, et sur nue pièce préparée par lui, ce ligament suspenseur de l'angle colique sous-costal gauche.

Ce ligament — d'ailleurs fort variable comme position et résistance — serait presque *providentiel*, et s'opposerait, s'il est bien développé, aux occlusions mécaniques, plus fréquentes dans le cas contraire.

Du reste, il n'aurait pas de fibres lisses, et serait fibreux (Vialleton).

Toutefois, dans l'entéroptose, ce ligament devient nuisible (Glénard) en exagérant le coude du conduit fixé.

En résumé, et après des expériences sur l'insufflation de l'intestin, Adenot croit nécessaire, dans les occlusions post-opératoires, de donner une place importante aux occlusions par imperméabilité *anatomo-physiologique* de l'angle colique sous-costal gauche.

Je n'insiste pas sur la thérapeutique qu'il conseille dans ces cas : cathétérisme rectal, laparotomie, pour déplacer les anses grêles pouvant comprimer l'angle gauche du côlon.

Dans un second travail sur le même sujet, publié dans la *Revue de Chirurgie* en 1896, Adenot, passant en revue les causes des occlusions intestinales post-opératoires, décrit dans un paragraphe spécial : 4° les *occlusions dues à l'exagération de la disposition normale de l'angle colique sous-costal gauche*. Il les croit mal connues et souvent méconnues.

L'auteur rappelle la disposition de l'angle sous-costal colique gauche, qu'il dit fixé aux dernières côtes (principalement à la 10e). Il y aurait trois portions à ce ligament triangulaire formant éventail : une supérieure se perdant sur la fin du côlon transverse, une inférieure se perdant sur le commencement du côlon descendant, et un faisceau moyen, *fixant l'angle colique*.

La figure du mémoire de la *Gazette Hebdomadaire* est reproduite de nouveau à l'appui de cette description. De même, les opinions de Glénard sur ce ligament, qui ne varie jamais, assure-t-il, comme longueur, mais qui peut être atrophié et avoir des insertions très limitées, d'où une exagération du coude colique et une tendance à l'occlusion.

A cette tendance peuvent s'ajouter l'introduction des anses grêles dans l'angle colique, qui, distendues, peuvent comprimer les deux segments ; côlon transverse et côlon descendant.

D'où l'indication, en cas d'occlusion post-opératoire, de faire la laparotomie précoce, et d'explorer l'angle gauche du côlon, comme l'a conseillé Legueu au Congrès de gynécologie de Bordeaux en 1895; mais nous devons relever une phrase dans le mémoire d'Adenot :

L'occlusion due à une disposition spéciale de l'angle colique gauche « *se rencontre sans doute dans quelques cas rares* », en dehors des cas qui l'occupent, c'est-à-dire en dehors des occlusions post-opératoires. L'observation que je vous ai communiquée me paraît être un de ces cas rares entrevus par Adenot.

Au point de vue *anatomique*, la fixation de l'angle colique gauche a été très étudiée, mais ne me paraît pas complètement élucidée, ou tout au moins paraît assez variable selon les sujets, et selon l'âge.

On pourra trouver des renseignements étendus, soit dans la thèse de Jean Buy sur l'anatomie du côlon transverse (1), soit dans le travail de Pierre Fredet sur le péritoine (2).

Pour J. Buy, le ligament colique gauche a été décrit par Garengeot sous le nom de ligament transversal gauche du côlon ; puis par Winslow, Bochdalek Junior (1867).

Il le décrit chez le nouveau-né comme triangulaire, à sommet répondant à l'angle formé par le bord externe du rein et la paroi lombo-costale, à base en avant et en haut se continuant avec le méso-côlon descendant, et souvent avec le grand épiploon, d'où son origine embryonnaire.

Il est d'ailleurs assez variable, et peut s'étendre sur le côlon transverse ; sa texture peut être serrée ou lâche.

Le type décrit par Adenot paraît un peu schématique à Jean Buy.

Pour Fredet, le ligament *phrénico-colique gauche* est identique au ligament *pleuro-colique* de Phöbus, étudié par Bochdalek et Toldt sous le nom de *phrénico-colique*, qu'il adopte.

« Il résulte de l'accolement de la lame directe du diverticule gauche du sac épiploïque avec l'angle splénique du côlon et la paroi. »

Il ne faudrait pas le confondre avec le *ligament colique gauche supérieur* de Hensing.

Ce ligament phrénico-colique contribue à fixer l'angle splénique du côlon.

Comme je l'ai déjà dit, ces descriptions sont analogues, sinon identiques.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que, fixé à la paroi abdominale latérale sur la 10e côte, l'angle gauche du côlon transverse, à son union avec le côlon descendant, est profondément situé dans l'hypocondre et y est fixé le plus souvent avec solidité.

Que le côlon transverse s'abaisse, l'angle gauche du côlon for-

(1) Paris, 1901.

(2) T. IV du *Traité d'anatomie* de P. Poirier et A. Charpy.

mera un angle de plus en plus aigu, et, sans faire intervenir les anses intestinales grêles pouvant se loger dans cet angle aigu, on peut y concevoir la formation d'une valvule plus ou moins perméable.

Dans les accidents d'occlusion signalés chez ma malade, survenant d'abord par crises, puis presque continus, l'indication pour les faire cesser était très simple : établir une communication avant l'angle colique gauche, entre la partie gauche du côlon transverse et la partie inférieure du côlon descendant, comme on l'aurait fait s'il s'était agi d'une tumeur inopérable.

Le résultat fourni par cette colo-colostomie a été excellent, et il dure depuis cinq mois.

En terminant, je demanderai à mes collègues s'ils ont observé des faits analogues et s'ils ont connaissance d'opérations pratiques pour remédier à ces accidents.

M. Poirier. — L'observation communiquée par M. Terrier est des plus intéressantes. — Je n'essaierai point d'apporter quelque éclaircissement au point de vue anatomique. J'ai étudié le ligament phrénico-colique suspenseur de l'angle du côlon dont Jonnesco a donné une bonne description basée sur les travaux de Phöbus et de Bochdalek et sur des recherches personnelles (*Traité d'anatomie humaine*, publié par P. Poirier, t. IV, 2e édition (1895, p. 337). Plus récemment Fredet, dans une description générale du péritoine, où l'on retrouve son ordinaire précision, nous a montré la genèse de ce ligament, pendant que Charpy en complétait la description en y ajoutant les résultats des recherches de Buy et d'Adenot (*Traité d'anatomie humaine* publié par Poirier et Charpy, t. IV, 2e édition, p. 350 et 963). J'ajoute qu'il est difficile de donner une description absolument précise d'un ligament qui se présente sous des aspects assez divers, suivant que le mésentère primitif a disparu totalement ou a persisté en partie, fixant dans le premier cas l'angle colique qui demeure relativement libre dans le second.

J'ai écouté avec d'autant plus d'intérêt la communication de M. Terrier qu'elle m'a rappelé, en la plupart de ses points, un cas que j'ai eu l'occasion d'observer il y a longtemps déjà. Il s'agissait d'une femme d'environ trente-cinq ans, auprès de laquelle je fus appelé et que je trouvai mourante à la suite d'une obstruction intestinale.

Le ventre était très et uniformément ballonné ; les vomissements fécaloïdes étaient incessants ; l'obstruction était absolue depuis trois jours.

Pendant les préparatifs d'une laparotomie, qui apparaissait

comme la suprême ressource, car la malade était au plus bas, j'essayai de faire un diagnostic.

Je réussis en partie, moins par l'examen du ventre, dont le ballonnement énorme défendait toute exploration et même toute induction, que par le récit de la malade, femme très intelligente, qui localisait nettement l'obstruction au niveau de l'hypocondre gauche, qu'elle frappait de son poing crispé, disant : c'est là, et depuis bien longtemps, que je sens que ça s'arrête.

En effet, depuis plusieurs années, elle n'obtenait des garde-robes qu'à la suite de lavements portés très haut à l'aide d'une longue canule et celles-ci survenaient brusquement, comme par une sorte de déclanchement. Je pus induire de ce récit que l'obstruction siégeait vraisemblablement vers l'angle gauche du côlon ; sur la nature de l'obstruction, je fus réduit aux hypothèses. Par la laparotomie, je m'assurai avec beaucoup de peine, tant était grand le ballonnement, que le côlon transverse était fort dilaté, tandis que le côlon descendant était affaissé, comme rubané. Je pus atteindre du bout des doigts l'angle colique gauche, où je déchirai plus ou moins complètement une sorte de bride appartenant, sans doute, au ligament suspenseur.

Il est vraisemblable que j'avais libéré partiellement l'intestin, car, à la suite de mon intervention, il y eut deux petites garde-robes liquides. Puis l'obstruction redevint totale et la malade succomba vingt-quatre heures après l'opération.

Je n'eus point l'heureuse idée qu'a eue M. Terrier d'anastomoser le côlon transverse avec le descendant : peut-être aurais-je sauvé ma malade, bien qu'il m'eût été difficile de mener l'opération à bien, tant j'étais débordé par les anses grêles qui, distendues à l'excès, s'échappaient à flots de la plaie. — A mon avis, M. Terrier vient d'enrichir la thérapeutique chirurgicale d'une ressource très précieuse dans des cas analogues, lesquels ne doivent pas être très rares, étant donné l'angle aigu que forme ce point souvent rétréci du gros intestin.

Présentations de malades.

Fistule branchiale étendue de l'articulation sterno-claviculaire au voile du palais.

M. Jalaguier. — Le jeune homme que je vous présente est âgé de vingt ans. Jusqu'à l'âge de dix ans, il n'a rien remarqué d'anormal. A cette époque il souffrit d'un abcès qui s'ouvrit

spontanément au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite. Une fistule s'établit et, pendant trois ans, donna issue à un liquide brunâtre et filant; puis elle s'oblitéra, et l'on vit se développer une tumeur grosse comme un œuf de pigeon. De temps en temps l'orifice s'ouvre et la tumeur se vide. Il y a cinq ans, le malade s'aperçut que pendant les périodes d'oblitération de l'orifice cutané, la pression sur la tumeur produisait un écoulement de liquide dans l'arrière-gorge.

Vous pouvez constater que de la tumeur, sur laquelle on voit la trace de l'orifice fistuleux oblitéré, part un cordon dur, gros comme un petit crayon; ce cordon, parallèle au bord extérieur du sterno-mastoïdien, peut être suivi jusqu'au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. Mais il ne s'arrête pas là. Si vous examinez la gorge, vous voyez que la pression exercée sur la tumeur fait sourdre une notable quantité de pus par un orifice situé sur le bord libre du voile du palais, à un centimètre de la base de la luette, au niveau de la partie supérieure du pilier postérieur.

Je ne connais pas d'exemple de fistule branchiale aussi étendue et présentant en ce point son orifice interne.

Je me propose d'opérer ce malade, et je vous en reparlerai,

M. Delorme. — J'ai, il y a quelques années, au Val-de-Grâce, opéré un malade semblable à celui que nous présente M. Jalaguier. Je fus obligé de laisser intacts quelques centimètres de la partie supérieure du trajet, qui s'était détachée par une traction un peu énergique exercée sur la portion disséquée du canal carotidien.

L'opéré a guéri.

Cancer du plancher de la bouche.

M. Sébileau présente un malade atteint d'un cancer du plancher de la bouche qui détermine une amputation spontanée de la langue. — M. Poirier, rapporteur.

Présentations de pièces.

Calculs du rein; néphrolithotomie.

M. Routier. — J'ai l'honneur de vous présenter des calculs pesant ensemble 575 grammes, que j'ai enlevés par la taille rénale à un homme de cinquante-quatre ans qui les portait sans doute depuis vingt ans.

Je vous présente en même temps la radiographie du malade, qui permettait d'assurer le diagnostic.

On voit en outre que le malade a peut-être un calcul dans son rein droit.

Opéré le 12 avril, il paraît aujourd'hui en bonne voie; il urine 2.000 grammes.

Avant son opération, il urinait 2.000 grammes environ, son urine ne contenait ni sucre ni albumine, elle présentait seulement un dépôt purulent assez abondant.

Les calculs sont énormes, comme vous voyez; plusieurs sont articulés; deux présentent comme une articulation coxo-fémorale du bœuf, ils sont aussi gros.

Mon interne en pharmacie, M. Roncerey, a bien voulu les analyser, et il m'a donné le résultat suivant:

Ces calculs sont surtout constitués :

a) Par des parties organiques, surtout de la fibrine.

b) Par des parties minérales : carbonate de chaux, phosphate de chaux, phosphates ammoniacaux, magnésie.

On n'a trouvé ni :

Acide urique, ni oxalate de chaux, ni cystine.

M. Bazy. La présentation de M. Routier est d'autant plus intéressante que, quand on examine ces calculs, on croirait qu'ils sont formés d'acide urique. J'avais été surpris qu'ils fussent aussi visibles sur la radiographie, car l'acide urique est très perméable aux rayons X, et j'ai enlevé des calculs uriques du rein pour lesquels la radiographie avait été négative.

Bien plus, j'ai fait des radiographies de calculs uriques dans la vessie; pour les voir, j'ai dû les prendre entre les mors du lithotriteur, et alors, étant bien certain qu'ils existaient, on pouvait distinguer entre ces mors une ombre que l'on savait bien, pour cette raison, être celle du calcul, mais qu'on n'aurait pas osé rapporter à une pierre, si on n'avait pas été sûr qu'elle existait.

Calculs du rein et psoïtis. Difficultés du diagnostic. Néphrotomie. Guérison.

M. Chaput. — Mme T..., âgée de quarante-neuf ans, entre le 6 mars 1901 dans mon service pour une tuméfaction de la fosse iliaque avec flexion permanente de la cuisse.

Elle a commencé à souffrir en décembre 1900, de crampes très douloureuses dans les régions lombaire et iliaque gauches dans la cuisse et le mollet gauches. Peu à peu la cuisse se fléchit sur le bassin. Elle fut obligée de prendre le lit et entra bientôt à l'hôpital.

A l'entrée, on constate à la palpation une tumeur siégeant dans la fosse iliaque gauche, du volume d'une grosse orange, fluctuante. La peau n'est pas œdémateuse, rouge ni adhérente ; la paroi abdominale est indemne.

La cuisse est fortement fléchie sur le bassin.

La région lombaire n'est pas tuméfiée.

Les urines sont rénales et contiennent beaucoup de muco-pus.

Rien de spécial au toucher vaginal ni rectal. La température oscille aux environs de 38 degrés.

La malade raconte qu'il y a sept ans, au cours de sa troisième grossesse, elle a été prise de violentes douleurs au niveau de la région lombaire, avec irradiations inconstantes vers la cuisse ; les médecins qui l'ont vue n'ont pas parlé de coliques néphrétiques.

Les douleurs persistent pendant trois ans, avec absence de règles et hémorragies anales supplémentaires. Les urines étaient à cette époque très troubles et contenaient une notable quantité d'albumine.

Il y a quatre ans, les douleurs ont disparu, les urines sont devenues claires et les règles réapparurent. Cette amélioration persista jusqu'en décembre 1901.

Le 9 *mars* 1901. Après une anesthésie lombaire insuffisante, on administre du chloroforme et on incise l'abcès iliaque, qui contient une grande quantité de pus très fétide.

Rapidement la cuisse s'allonge, mais la fistule ne se ferme pas ; le 30 mai, après une anesthésie lombaire parfaite, je pratique une contre-ouverture déclive au-dessus de la crête iliaque.

Quelque temps après, la malade sort, conservant encore sa fistule.

Je la revois en février 1902, avec sa fistule qui persiste ; j'ai alors le soupçon d'une affection calculeuse du rein ; je palpe la région lombaire que je trouve très tuméfiée, mes soupçons se précisent, et je l'envoie à la radiographie, où M. Contremoulins cons-

tate la présence de deux gros calculs du rein : l'un, arrondi, de 2 centimètres de diamètre, l'autre en forme de bonnet phrygien, mesurant 5 centimètres de longueur sur une largeur égale. Les urines sont rénales et purulentes.

Le 10 *mars* 1902. Anesthésie au chloréthyle et chloroforme.

Incision oblique de l'angle costo-lombaire à l'épine iliaque *A. S.* Je traverse un tissu très épais, très dense, très saignant, lardacé et très dur. Je me dirige vers le rein, à tout hasard, sans aucun point de repère; j'ouvre successivement plusieurs abcès fétides et j'arrive bientôt sur le gros calcul en forme de bonnet, que j'extrais assez difficilement par morcellement.

En me guidant sur les données de la radiographie, je cherche le deuxième calcul en haut et en dehors du premier, et je le trouve bientôt. Il est caché derrière la dernière côte, et, en présence de l'impossibilité où je suis de l'extraire, je résèque cette côte et je retire alors facilement le calcul.

La plaie est bourrée de gaze aseptique saupoudrée d'iodoforme. Elle est inondée pendant plusieurs jours par l'urine, qui bientôt se tarit. Quelques jours après l'opération, la plaie présente du sphacèle, que je traite par les bains locaux à l'eau oxygénée, au moyen de tampons humides laissés en place pendant une heure.

Le sphacèle se déterge rapidement et la malade est actuellement guérie, bien que sa fistule iliaque persiste encore. Je l'ai débridée récemment, et en quelques jours elle s'est rétrécie considérablement. La guérison est très proche maintenant.

Le gros calcul est friable et probablement phosphatique; le petit, dur et lourd, est formé de phosphates et de carbonates.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres :

1° La cocaïnisation lombaire a été nulle à la première opération et parfaite à la deuxième; cela ne peut s'expliquer, ainsi que l'a dit M. Tuffier, que par un déplacement de l'aiguille par rapport aux méninges, de telle sorte que l'injection ne s'est pas faite dans l'espace sous-arachnoïdien.

2° Les calculs du rein ont provoqué d'abord une pyélo-néphrite, puis une suppuration qui a fusé dans le psoas, au lieu de provoquer d'abord un phlegmon péri-néphrétique; cette évolution est extrêmement rare et curieuse; — ultérieurement, la région lombaire s'est prise, mais secondairement.

Le volume des calculs est remarquable, le gros paraît moulé sur le bassinet. Leurs énormes dimensions sont sans doute en rapport avec leur ancienneté, au moins sept ans.

3° Le diagnostic de ces calculs a été intéressant; remarquons d'abord qu'au moment des premières douleurs lombaires, il y a sept ans, personne n'avait songé à des coliques néphrétiques; le

récit incolore de ces douleurs ne nous y avait pas fait songer non plus. La localisation iliaque du pus ne pouvait nous diriger de ce côté.

Ce n'est qu'en retrouvant un an après la malade encore fistuleuse que j'eus l'idée de penser à des calculs du rein pour expliquer cette persistance incroyable.

J'avais observé autrefois à Tenon un malade atteint de fistules persistantes de la région lombaire, que M. Le Dentu avait opéré ensuite pour les calculs rénaux ; c'est ce cas qui m'avait fait songer ici à la lithiase rénale.

La tuméfaction lombaire, le récit détaillé des anciennes douleurs et la radiographie me donnèrent plus tard la probabilité d'abord et enfin la certitude.

J'insiste encore sur les difficultés de la recherche et de l'extraction et sur l'immense secours que m'a donné la radiographie pour me diriger sur les deux calculs. La radiographie nous montre une incurvation latérale de la colonne lombaire, sorte de torticolis lombaire signalé autrefois par M. Bouilly.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1902

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

Occlusion intestinale post-opératoire.

M. F. Legueu. — Dans son intéressante communication, M. le professeur Terrier nous montrait dans la dernière séance comment certains troubles digestifs reconnaissent pour cause une gêne apportée dans la circulation du côlon au niveau de l'angle que fait la portion transverse avec la portion verticale.

Bien que je n'aie pas observé de fait absolument comparable au sien, je tiens cependant, puisqu'il a fait allusion à mes travaux sur ce sujet, à rappeler une observation qui m'est personnelle d'occlusion intestinale post-opératoire produite par un obstacle siégeant à ce même coude gauche du côlon.

En 1894, j'opérais un jour un kyste de l'ovaire; la tumeur était assez volumineuse, remontait au-dessus de l'ombilic. L'opération fut simple, et tout devait marcher à souhait.

Et cependant, après une première selle, des phénomènes d'occlusion intestinale se manifestèrent très nettement; suppression des gaz et des matières, ballonnement du ventre, vomissements fécaloïdes. Je pensai qu'une anse d'intestin adhérait au pédicule ou avait été pincée dans la ligature, et je rouvris le ventre. J'allai droit au pédicule et je n'y trouvai rien.

Recherchant alors ailleurs la cause de l'occlusion, je vis que le gros intestin était très distendu au niveau du côlon transverse, alors que le côlon descendant était, au contraire, absolument vide et affaissé, et je m'aperçus que la continuité de l'intestin affaissé et de l'intestin distendu se faisait exactement au niveau de l'angle gauche du côlon. Je sentis à ce niveau une bride, qui me parut étrangler le côlon, maïs, dans les manipulations que je faisais pour arriver à définir la nature de l'obstacle, je vis que les gaz passaient du côlon transverse dans le côlon descendant; sans savoir trop comment, je pensai donc avoir levé la compression et supprimé l'obstacle, et je refermai le ventre. La malade eut, en effet, une selle dans l'après-midi, mais elle mourut tout de même dans la soirée.

A l'autopsie, je pus me rendre compte qu'il y avait au devant du coude gauche du côlon une bride vasculaire du péritoine, de date certainement très ancienne, et qui allait du ligament suspenseur de l'angle colique jusqu'au méso-côlon transverse. Cette bride péritonéale, de nature peut-être congénitale, était peu serrée, le côlon passait librement au-dessous d'elle, et la bride ne faisait obstacle que lorsqu'on exerçait une traction sur sa partie inférieure.

Pourquoi cette bride, qu'il suffit de déplacer, de relever pour faire cesser les phénomènes d'occlusion, pourquoi cette bride, qui depuis des années n'avait donné lieu à aucun trouble très appréciable, avait-elle brusquement créé une occlusion au lendemain d'une laparotomie? C'est ce qu'il était plus difficile de dire.

Je pensai cependant que la chute brusque du côlon, provoquée par la suppression d'un assez gros kyste de l'ovaire, avait été la cause de la distension de la bride et de la constriction du côlon à cet endroit.

Cette chute du côlon transverse, l'abaissement de cette portion du gros intestin, a été, dans d'autres observations, comme dans une observation de Riche, la cause de l'effacement de l'angle du côlon, la raison qui a fait de cet angle un angle très aigu, et par là même oblitéré le calibre de l'intestin.

Ces faits sont quelque peu différents, sans doute, de celui dont M. Terrier nous a donné la relation l'autre jour, mais ils s'ajoutent cependant au sien pour établir qu'il y a au niveau de l'angle colique gauche un détroit, un passage difficile pour le cours des matières, et sur lequel des causes multiples, variables et souvent difficiles à élucider sont susceptibles d'agir pour y apporter, d'une façon aiguë ou chronique, complète ou incomplète, un obstacle mécanique à la circulation intestinale.

Sur la ptose du côlon transverse.

M. Paul Reynier. — Messieurs, la communication que nous a faite l'autre jour M. Terrier m'a intéressé tout particulièrement, car il y a longtemps que j'ai été amené à étudier au point de vue clinique cette chute du côlon transverse, qui augmente l'acuité de l'angle formé par celui-ci avec le côlon descendant. Dans un travail paru en février 1900 à la Société de médecine et chirurgie pratique, j'attirais l'attention sur ces ptoses. J'étudiais en effet un point douloureux que présentaient souvent un certain nombre de dilatés de l'estomac, point siégeant dans l'hypocondre gauche et correspondant à la pression du bouton de pantalon auquel se fixe la bretelle chez l'homme, au sillon que chez la femme le corset creuse pour former la taille ; anatomiquement, ce point correspond à la 7e et à la 8e côte.

Or, ce point, qui apparaît d'une façon intermittente, qui s'installe, et quelquefois dure pendant des mois, disparaissant quand on est couché, apparaissant surtout à la fin de la journée, m'avait longtemps intrigué, car on n'en donne la signification dans aucun traité. J'avais vu faire à propos de cette douleur de nombreux diagnostics : tantôt, on avait cherché des adhérences pleurales, qu'on ne trouvait pas; tantôt on avait cru à une névralgie intercostale. Mais la pression le long du nerf n'augmente pas la douleur, et les pulvérisations de chlorure de méthyle, si souveraines en pareil cas, ne la calment pas. C'est alors qu'interrogeant les malades et apprenant que souvent ces douleurs apparaissaient avec des ballonnements de ventre, diminuaient par l'émission de gaz; remarquant d'autre part que j'avais affaire à des ptosiques, à des dilatés d'estomac, à des malades chez lesquels la sangle musculaire abdominale est insuffisante, et maintient mal en place les organes contenus dans la cavité, je pensai à une chute du côlon transverse, augmentant l'angle de coudure que celui-ci fait avec le côlon descendant. Par suite de cette coudure la circulation gazeuse du gros intestin se fait mal au niveau de cet angle, et le côlon transverse se laisse distendre par les gaz. Peut-être également la pression de l'estomac dilaté sur cette partie terminale du côlon transverse augmente cette ptose du gros intestin et la sensation pénible qui en résulte par le fait de la pression des côtes.

En faveur de cette idée est : 1° l'ensemble des symptômes que j'ai relevés; 2° le siège du point douloureux correspondant sur la cage thoracique au point où se trouve la partie terminale du côlon transverse, au voisinage de l'angle formé avec le côlon descen-

dant; 3° enfin le traitement. En effet, on soulage ces malades en traitant la dilatation d'estomac, en facilitant les évacuations alvines, en ordonnant le massage abdominal et le port d'une ceinture qui soutient la masse intestinale.

Étant donné le nombre de malades que j'ai eus dans ma clientèle à observer, pour ce genre de malaise, je crois en effet, comme le disait M. Terrier, que la ptose du gros intestin est plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer. Dans la très grande majorité des cas cette ptose n'occasionne que des petits malaises passagers, dont les malades souvent ne se plaignent pas, et dont nous n'avons connaissance que quand les choses s'exagèrent. La très remarquable observation de M. Terrier nous montre que cette ptose à la longue peut déterminer des accidents plus sérieux, et nous amener dans des cas exceptionnels à des interventions. N'est-ce pas d'ailleurs ce que nous voyons dans d'autres ptoses, telles que la dilatation de l'estomac, qui le plus souvent ne donne que des malaises fort supportables, et qui quelquefois nous force à intervenir?

Communications.

Les lymphatiques et l'épithélioma de la langue. Manuel opératoire de l'opération logique.

par M. PAUL POIRIER.

Messieurs, le cancer de la langue est incontestablement un de ceux qui ont le moins bénéficié de la précision et de l'extension des manœuvres opératoires, que l'antisepsie et des connaissances anatomiques plus précises ont permis aux chirurgiens modernes d'apporter dans leurs interventions. Cependant des travaux récents, tant d'anatomie que de médecine opératoire, permettent, semble-t-il, d'espérer l'amélioration du pronostic de l'opération elle-même et de l'avenir réservé aux opérés de l'épithélioma lingual.

Le manuel opératoire que je désire vous présenter tend à détruire, en même temps que la lésion elle-même, les voies lymphatiques par lesquelles l'infection se propage principalement. Pour le justifier et le rendre intelligible, permettez-moi de vous présenter d'abord deux planches anatomiques résumant l'état actuel de nos connaissances sur le système lymphatique de la langue. Des recherches personnelles datant de 1894, complétées

par un travail récent de Küttner, assistant à la clinique de Bruns, travail excellent, poursuivi par une méthode nouvelle (injection des lymphatiques par le procédé de Gérota), dont j'ai pu contrôler l'excellence au cours de recherches nouvelles reprises dans ces derniers temps avec le concours de mon élève, collègue et ami Cunéo, nous ont permis de préciser et d'étendre les notions classiques sur ce sujet.

Je résumerai brièvement, en tant que besoin est pour notre sujet, l'état de nos connaissances sur ce point; une leçon d'anatomie serait ici fort déplacée.

Comme vous le savez, les lymphatiques de la langue se rendent à deux groupes ganglionnaires placés, l'un vers la bifurcation carotidienne, l'autre vers le pôle antérieur de la glande sous-maxillaire. — De plus, les lymphatiques de la pointe de la langue aboutissent assez souvent à un ganglion sous-mental, placé sur le mylo-hyoïdien, immédiatement en arrière de la symphyse du menton. J'ai mis en évidence ce petit point par une série d'injections au mercure dès 1894, et j'ai consigné à ce moment les résultats de mes recherches dans une courte note (1). Cet aboutissant ganglionnaire n'a point été retrouvé par Küttner; cependant son existence n'est point douteuse, ainsi que nous l'ont démontré de récentes recherches de contrôle. A notre dernière séance, notre collègue Sébileau vous a présenté un épithélioma de la langue avec dégénérescence ganglionnaire, et vous avez pu voir que le ganglion sous-mental dégénéré avait la grosseur d'une cerise. — De plus, les lymphatiques de la pointe de la langue descendent directement, c'est-à-dire sans relai ganglionnaire, jusqu'à un ganglion situé sur la jugulaire interne, au point où cette veine est croisée par l'omo-hyoïdien; Küttner a constaté l'existence dans l'épaisseur du corps charnu de la langue de petits ganglions situés au voisinage de l'os hyoïde. J'ai retrouvé ces ganglions minuscules par des injections au bleu de Prusse et dernièrement au cours d'une opération. J'ajoute encore que, contrairement aux assertions de Sappey, les lymphatiques naissant du corps charnu de la langue, aussi bien que de la muqueuse, sont extrêmement nombreux et présentent, dans l'épaisseur du corps charnu, une dilatation fusiforme facile à constater sur les pièces injectées au mercure.

Enfin, les lymphatiques des deux côtés de la langue communiquent très largement, si bien qu'une seule injection heureuse sur un côté de l'organe réussit très souvent à injecter les ganglions

(1) *Traité d'anatomie humaine* publié sous la direction de Paul Poirier, t. IV, 1er fascicule, 1re édition, . 106.

des deux côtés. L'importance de ce dernier fait est considérable. J'ai vérifié plusieurs fois, au cours de mes opérations, que les ganglions étaient infectés des deux côtés, bien que la lésion fût unilatérale, et j'ai conclu que, pour être logiquement bonne, l'opération devait s'étendre aux ganglions lymphatiques des deux côtés.

Ceci rappelé, je passe au manuel opératoire que j'ai adopté pour l'extirpation aussi complète que possible de l'épithélioma de la langue et des ganglions lymphatiques de l'organe.

Je n'insisterai point sur les soins préliminaires, rasage, savonnage, lavage de la région; ils ne diffèrent point ici de ce qu'ils doivent être partout ailleurs; il importe seulement de les étendre bien au delà des limites du champ opératoire, surtout vers la face, l'oreille, la région mastoïdienne. Je fais savonner et laver tout le cuir chevelu, car il arrive souvent que le serre-tête en caoutchouc qui emprisonne les cheveux se déplace au courant des divers temps de l'opération.

Par contre, j'insisterai sur la nécessité d'un nettoyage complet de la bouche. La plupart des malades ont depuis longtemps renoncé à tout soin de propreté de ce côté, en raison des douleurs que déterminent les manœuvres : les dents sont sales, recouvertes de tartre; les gencives, tapissées d'un enduit pultacé, apparaissent fongueuses et saignent au moindre contact. Si le plus souvent les chicots ont été arrachés sous le soupçon d'avoir déterminé l'ulcération initiale, souvent aussi il en reste du côté opposé.

Cela est l'affaire du dentiste, qui, en deux ou trois jours, vous livrera une bouche relativement propre.

Tous mes opérés sont endormis au chloroforme par un aide expérimenté : j'exige seulement l'emploi d'une compresse stérilisée qui doit être changée plusieurs fois pendant l'opération, car il arrive souvent que le bord cubital de la main gauche de l'opérateur effleure la partie inférieure de la compresse au cours des diverses manœuvres.

En plus du chloroformisateur, un aide est suffisant ; j'en emploie d'ordinaire un second pour préparer, couper et présenter avec une pince les fils à ligature, afin d'abréger quelque peu la durée de l'opération.

Le malade est couché horizontalement sur le dos, sur une table étroite, la face détournée de l'autre côté. Un coussin solide et étroit est placé obliquement sous la poitrine et le cou, de sorte que l'épaule du côté où l'on opère porte à faux, tombe et étale la région.

Je trace une première incision longue de 15 à 20 centimètres suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, de la dé-

pression toujours sensible en arrière de l'angle de la mâchoire, à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. Autant que possible, il ne faut point dépasser en haut le niveau de l'angle maxillaire pour épargner les filets cervicaux du facial, dont quelques-uns sont cependant toujours coupés. Cette incision, qui comprend la peau, le peaucier et l'aponévrose. coupe d'ordinaire une ou deux jugulaires externes dont les bouts doivent être immédiatement liés pour ne point embarrasser le champ opératoire par la présence de pinces hémostatiques.

Sur cette première incision, je fais tomber perpendiculairement une seconde incision commençant à 1 centimètre en dehors de la symphyse mentonnière et rejoignant la première vers le bord supérieur du cartilage thyroïde. Je dissèque les deux lambeaux cutanés ainsi formés et les saisis par le sommet avec des pinces de Kocher.

Ceci fait, je procède comme pour la ligature de la carotide externe ; dégageant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, je reconnais et coupe entre deux ligatures une ou plusieurs grosses veines thyro-linguo-faciales. Si les doigts de l'aide bien conseillé agissent alors intelligemment, je n'ai point besoin de placer des écarteurs pour voir les carotides et le nerf hypoglosse. Le plus souvent, ce que l'on constate à ce temps de l'opération, c'est la présence d'une chaîne ganglionnaire masquant les vaisseaux, et parfois très adhérente à la grosse veine jugulaire interne dont on a le plus grand mal à la séparer. La recherche et le dégagement de ces ganglions constituent le seul temps long et délicat de l'opération : c'est aussi le temps essentiel et *utile* ; de son accomplissement plus ou moins intégral et parfait dépend l'*avenir*. C'est vers la bifurcation des carotides que l'on rencontre les ganglions les plus gros et les plus nombreux ; de là, il faut remonter le long de la jugulaire jusqu'au trou déchiré postérieur et descendre jusqu'au-dessous de l'omo-hyoïdien, où se trouvent normalement les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques de la partie antérieure de la langue. Si la dégénérescence ganglionnaire est peu avancée, on peut ménager l'hypoglosse et le ventre postérieur du digastrique ; si les ganglions sont nombreux et adhérents, coupez tout, même la jugulaire interne, comme j'ai dû le faire dans un cas.

Les ganglions dégénérés se présentent sous deux aspects : tantôt et le plus souvent, ils apparaissent gros, rougeâtres, succulents, et se dégagent assez facilement des tissus voisins ; — ce dégagement doit être opéré avec le doigt ou la sonde cannelée, pendant qu'une pince fixe les tissus voisins ; il faut éviter avec soin de pincer

les ganglions, qui s'écrasent et sèment peut-être la dégénérescence épithéliale ; tantôt ils sont moins colorés, plus durs et très adhérents aux tissus voisins, leur enlèvement devient alors plus difficile, car il faut procéder par dissection au bistouri en enlevant avec le ganglion la zone adhérente.

C'est dans ce dernier état que j'ai trouvé les ganglions sur deux malades dont l'épithélioma lingual s'était développé sur une langue atteinte de glossite tertiaire ancienne, et qui m'avaient été confiés par le professeur Fournier. La relation de cause à effet me paraît ici assez facile à établir.

Ce curage une fois fait et minutieusement fait, rien n'est plus facile que de lier la linguale et la faciale près de leur origine ; assez souvent j'ai lié la carotide externe quand le cancer était étendu au pharynx, dans l'espoir que j'aurais moins de sang dans les manœuvres ultérieures; cet espoir ne s'est pas toujours réalisé.

Je procède ensuite à l'ablation de la glande sous-maxillaire; cela se fait à grands coups de ciseaux après avoir saisi et soulevé la glande avec une pince érigne : dans ce temps on coupe, avec de nombreuses veines qui saignent assez abondamment, la sous-mentale et la faciale, dont le bout périphérique doit être lié. Les ganglions lymphatiques situés en avant de la sous-maxillaire et entre cette glande et la face interne du maxillaire inférieur seront recherchés et enlevés. *Ces ganglions sont toujours dégénérés.* Il n'est pas rare de trouver un ou deux ganglions remontant le long des vaisseaux faciaux jusque sur la face externe du maxillaire inférieur. De même, dans la partie antérieure de la plaie, entre la symphyse mentonnière et l'os hyoïde, il faut rechercher avec soin les ganglions sous-mentaux qui peuvent être pris.

L'hémostase étant faite et bien faite, il importe d'explorer le long du bord supérieur de l'hyoïde et de sa grande corne la face externe et même l'épaisseur de l'hyoglosse. *Anormalement on peut rencontrer de très petits ganglions* dans le triangle de la linguale ou sous la face profonde du muscle; j'ai insisté, au chapitre anatomique, sur l'existence de ces ganglions, dont un s'est présenté au cours de ma dernière opération.

On terminera cette première partie de l'opération par la suture des deux plaies, en ménageant à la partie inférieure un orifice pour le drainage.

Il est indispensable de drainer, et cela pendant plusieurs jours, ces plaies cervicales : en effet, par suite de l'ablation bilatérale des ganglions, il se fait un écoulement abondant d'un liquide séreux qui paraît être de la lymphe.

J'ai aussi remarqué que les opérés présentaient un œdème blanc de la face et du cou pendant plusieurs semaines, et j'attribue cet œdème, comparable à celui du bras après l'évidement axillaire, à l'interruption de la plus grande partie des voies lymphatiques.

Et l'on recommence identiquement la même opération de l'autre côté : c'est le deuxième temps de l'opération totale.

Le troisième consiste dans l'ablation large de la tumeur linguale. Pour ce faire, j'emploie l'excellent procédé réglé par Whithead. La bouche étant maintenue largement ouverte par un bon écarteur, on passe un fil solide dans la partie antérieure de la langue pour attirer celle-ci au dehors, et l'on coupe, après ou sans ligature, les piliers antérieurs devenus très facilement accessibles.

Cette section permet une protraction considérable de l'organe qui déjà sort à moitié de la bouche. Relevant la pointe de la langue, je coupe avec des ciseaux le frein et les génio-glosses, près de leur insertion maxillaire, en ménageant les génio-hyoïdiens. Dès lors, la langue protractée et facilement relevée soulève et étale le plancher de la bouche. Rien n'est plus facile que de libérer le ou les flancs de l'organe, suivant l'étendue du mal, coupant après la muqueuse l'hyo-glosse, sous lequel apparaît la linguale, dont la section donne presque toujours un peu de sang, et sur laquelle il est bon de mettre une ligature. On achève en circonscrivant la tumeur à grands coups de ciseaux donnés à distance dans les parties saines. Quand le plancher est pris, il faut enlever toutes les parties molles, y compris la glande sublinguale, et ruginer le maxillaire s'il y a adhérence. Tout cela se fait au grand jour et avec la plus grande facilité, si loin que se prolonge en arrière la tumeur, soit jusqu'à la face antérieure de l'épiglotte et même à la paroi latérale du pharynx, si l'écarteur maintient un écartement suffisant des mâchoires, et si l'on sait s'éclairer. Et tout cela est effectué presque sans perte de sang; toutefois, il est bon, pour ce temps, de mettre le malade dans la position de Rose, car il arrive que, en dépit des ligatures placées sur les deux carotides externes, une artère de la base donne encore un jet de sang et exige une ligature. On termine en fermant ou rétrécissant par des sutures appropriées la large plaie faite à la langue et au plancher buccal, de façon à diminuer autant que possible les surfaces d'exhalation et d'absorption, et à hâter la cicatrisation. Enfin, un fil placé dans le moignon, plus ou moins près de l'épiglotte, sort de la bouche et est fixé au dehors, de façon à empêcher la chute du moignon sur l'orifice supérieur du larynx.

Dans son ensemble, l'opération dure environ une heure.

Tel est, Messieurs, le procédé auquel je suis arrivé après avoir pendant longtemps opéré un grand nombre de cancers de la

langue par les divers procédés en usage et avec des fortunes diverses. Comme vous tous, j'ai, par ces procédés, obtenu des résultats immédiats satisfaisants; quant aux résultats définitifs, ils ont été très mauvais. Tous les opérés que j'ai pu suivre ou revoir ont récidivé *dans l'année* et sont morts de huit à dix-huit mois après la première opération. J'ai pu suivre pendant quatorze mois un opéré d'hôpital, qui, au bout de ce temps, ne présentait pas trace de récidive, et puis il n'est plus revenu. A-t-il récidivé? est-il mort? Je ne sais.

C'est pour avoir constaté ces résultats pitoyables, que je me suis attaché à chercher les moyens de faire une opération plus complète, qui permît plus d'espoir. Après avoir étudié les voies de propagation du cancer de la langue, je suis arrivé au procédé *logique, anatomique et antiseptique*, dans la mesure possible, que je viens de vous décrire.

Ce procédé, fait d'emprunts aux procédés en cours, notamment à ceux de Whithead et de Butlin, n'a de personnel que son extension à la totalité du territoire lymphatique de la langue, et la succession de ses temps divers en une séance unique.

Il est passible, me semble-t-il, d'une critique assez grave, en apparence du moins.

C'est qu'entre les deux plaies cervicales d'évidement lymphathique et la plaie buccale, il reste une cloison constituée surtout par le mylo-hyoïdien et la base hyoïdienne des muscles de la langue, dans laquelle je laisse des bouts de lymphatiques et puis laisser exceptionnellement un de ces petits ganglions intralinguaux dont Küttner a montré l'existence. Je répondrai que l'anatomie pathologique a permis de constater que d'ordinaire les lymphatiques allant de la tumeur aux ganglions dégénérés paraissent indemnes de toute lésion, et qu'il serait bien étonnant que je n'aperçoive pas en place un ganglion dégénéré, alors que je puis inspecter le mylo-hyoïdien par ses deux faces et les interstices des muscles linguaux. Dans ma dernière opération, j'ai pu reconnaître et enlever un de ces petits ganglions, long de 3 millimètres, large de 2; était-il dégénéré? l'examen histologique nous le dira, car l'opération ne date que de douze jours. D'ailleurs, l'ablation de la langue par la voie sus-hyoïdienne après curage ganglionnaire laisse en place les mêmes vaisseaux et ganglions.

Dans mes deux premières opérations j'ai procédé autrement : après avoir enlevé les ganglions du côté opposé à la lésion, en même temps que je liais la faciale et la linguale, et recousu la plaie, j'enlevai les ganglions et liai la carotide externe du côté malade, après quoi j'effondrai de ce côté le plancher buc-

cal et enlevai la tumeur linguale par la voie sus-hyoïdienne.

Le premier de mes opérés mourut dix-huit heures après l'opération; il avait été bien jusqu'au soir; lorsque je le vis vers 7 heures, la température et le pouls étaient normaux, la respiration s'effectuait facilement, à la condition qu'on nettoyât fréquemment la bouche pour la débarrasser des mucosités sanguinolentes qui l'obstruaient; vers 9 heures, la température monta très rapidement à 40°4, en même temps que le pouls devenait incomptable et que la respiration s'accélérait outre mesure; l'opéré succomba vers 2 heures du matin; c'était un veillard de soixante-huit ans, diabétique, très fatigué, porteur d'une tumeur qui avait envahi toute la partie droite du plancher buccal : je n'avais consenti à l'opérer que sur les instances de la famille et du malade, prévenus de la gravité de l'acte. L'autre guérit, bien que la lésion locale fût aussi avancée, mais il n'avait que soixante-cinq ans et son état général était bon. L'opération fut faite le 7 mai 1901; j'opérai aussi par la voie sus-hyoïdienne, après ablation complète des chaînes ganglionnaires et ligature des deux carotides externes; comme le plancher induré adhérait au maxillaire inférieur, je ruginai avec soin la face interne de l'os. Cet opéré guérit sans incident, mais garda pendant trois mois une fistule sus-hyoïdienne. Je le revois souvent; un an s'est écoulé depuis l'opération; il n'y a pas trace de récidive, mais la partie dénudée du maxillaire est en train de se nécroser et forme un séquestre que j'enlèverai dès qu'il sera suffisamment mobilisé. Ce malade avait été jugé inopérable par plusieurs chirurgiens.

Il m'a paru que les dangers de l'opération seraient diminués et la durée de la guérison opératoire réduite si j'évitais la communication entre les plaies buccale et cervicale. C'est pourquoi j'ai adopté le procédé dont je viens de vous exposer les divers temps. Je l'ai employé trois fois avec les meilleurs résultats, c'est-à-dire que les opérés ont guéri en un temps qui a varié de dix-sept jours à trois semaines : l'un, boucher de cinquante-quatre ans, opéré le 8 novembre 1901, est sorti le 22 du même mois et ne présente pas trace de récidive; un autre, âgé de soixante et un ans, opéré en septembre 1901, paraît encore actuellement guéri; le troisième a été opéré le 11 de ce mois; la plaie de la langue est cicatrisée et il sortira dans quelques jours.

Je n'oserais prétendre que ces malades soient guéris : tous avaient, avec de grosses tumeurs ulcérées, de la dégénérescence ganglionnaire bilatérale; ils appartenaient à cette catégorie de cas que beaucoup jugent inopérables et que j'ai toujours vu récidiver dans un délai très rapide.

Il ne me paraît pas absurde d'espérer que si l'on arrive à obtenir

dans de tels cas un répit assez long, par une opération étendue et anatomiquement logique, on sera en droit d'espérer, par la même opération, des résultats durables lorsqu'on interviendra à une époque plus rapprochée du début de la maladie. Si, jusqu'ici, les opérations dirigées contre le cancer de la langue ont donné d'aussi mauvais résultats, c'est qu'elles étaient trop tardives, trop économiques et mal réglées. Je ne vois pas de raison pour que nous n'obtenions pas ici les guérisons de longue durée que donnent, à tous ceux qui savent les opérer, les cancers d'autres organes, et particulièrement les cancers du sein. J'en appelle, au nom de l'anatomie guidant la main du chirurgien, du pronostic impitoyable que portent encore beaucoup de gens, et même des chirurgiens, contre les cancéreux de la langue ou d'ailleurs.

M. Routier. — Sans avoir étudié d'aussi près les lymphatiques de la langue, me bornant à la notion classique des ganglions mylo-hyoïdiens et des ganglions carotidiens, je me suis efforcé, depuis que j'opère les cancers de la langue, d'enlever le plus possible ces ganglions, aussi bien du côté malade que du côté sain.

D'autre part, j'estime qu'il ne faut pas pratiquer des délabrements capables de mettre les jours du malade en danger ou capables de rendre la guérison trop longue; ces réflexions sont le fruit de ce que j'ai vu faire par mon ancien maître M. Verneuil.

Le cancer de la langue était une de ses opérations favorites, et il la pratiquait très bien ; mais il n'hésitait pas à ouvrir le plancher de la bouche pour attaquer la langue par cette voie, à sectionner, à réséquer même le maxillaire ; il enlevait, c'est vrai, tous les cancers, mais perdait beaucoup de ses malades ou ne les voyait guère guérir avant la récidive.

Je me suis promis de ne jamais faire ces grands délabrements; j'estime que lorsque le plancher de la bouche est pris, il y a vraiment contre-indication.

Pour les cas que je crois devoir opérer, je pratique la ligature préalable de la linguale du côté opposé au cancer, et si je vois des ganglions, je les enlève.

Du côté malade, je pratique la ligature de la carotide externe et j'enlève les ganglions adjacents, il y en a toujours.

Après quoi, ignorant le procédé de Whithead, je pratique l'ablation de la langue par les voies naturelles, en faisant ouvrir la bouche le plus possible, bien entendu.

Par ce procédé, j'ai opéré des cancers remontant près du larynx; certains cas m'ont donné des résultats inespérés; j'ai un cas opéré il y a neuf ans, qui, deux ans après, eut un ganglion que j'enlevai, et qui continue de bien aller. A la même époque, deux jours après,

j'opérais un de mes cousins qui ne paraissait pas plus malade ; il a récidivé après un an et est mort après quinze mois avec des récidives jusque dans le crâne ; dans les deux cas, j'avais agi de même, et au moment de l'opération j'aurais été fort empêché de dire quel était le plus grave des deux : il y a là, comme dans tous les cas de cancer, un facteur qui nous échappe, et qui fait que les uns récidivent vite, tandis que les autres restent longtemps guéris.

Il faut évidemment, pour se mettre dans de bonnes conditions, enlever largement tous les tissus malades, mais s'efforcer, je crois, à avoir toujours une rapide guérison opératoire.

M. Terrier. — Dernièrement, je revoyais dans mon service une femme que j'avais opérée pour un cancer de la langue à l'hôpital Bichat il y a quatorze ans. Cette femme avait été opérée d'après les règles que M. Routier vient de rappeler, à savoir : ablation du cancer et curage des régions ganglionnaires atteintes. Je m'étais appliqué à lui faire une opération aussi complète que possible.

J'ai toujours opéré par la bouche et je n'ai jamais cru avoir inventé un procédé nouveau. Du reste, j'avais vu mon maître Chassaignac, dont j'ai été l'interne, toujours opérer par cette voie.

Je voyais souvent cette femme, et ne constatant pas de récidive, j'avais fait, à ce sujet, un raisonnement parfaitement faux, qui m'avait été suggéré par l'exemple d'un autre malade à qui j'avais enlevé toute la langue pour un prétendu cancer et qui n'avait certainement que de vieilles lésions syphilitiques incurables par les traitements adéquats.

Or donc, je me figurais que cette femme avait été opérée pour des lésions syphilitiques. Malheureusement, il n'en était rien, car elle revenait me voir avec une récidive intéressant le plancher buccal.

Il n'y a pas de règle au sujet des opérations à faire dans les cas de cancer. Actuellement, on semble croire que l'on ne doive pas avoir de récidive si l'on peut enlever tous les ganglions, et ce raisonnement a été fait en particulier à propos du cancer de l'utérus. Or, un des élèves de la Faculté, M. Marcille, a montré, par des injections des lymphatiques de l'utérus, qu'il est absolument impossible de les enlever tous.

On a fait aussi ce raisonnement à propos du cancer du sein, et comme tout le monde j'ai fait de ces ablations larges de la peau du sein, curé toute l'aisselle, enlevé le grand et le petit pectoral, et mes résultats n'ont pas été bien supérieurs à ceux que j'avais obtenus par les ablations soignées du cancer et des ganglions.

Il y a des inconnues dans toutes ces questions et il ne faudrait pas accepter comme axiome que l'on n'a pas de récidive en enle-

vant tous les ganglions. Chez une dame que j'ai opérée pour un cancer du sein, il y a deux ans, j'ai observé une récidive à la partie postérieure du cou. Or, je ne sache pas que le trajet des lymphatiques puisse expliquer cette récidive.

En voulant faire des opérations dans le genre de celles que nous propose M. Poirier, on fait des lésions graves, moins graves assurément pour le sein que pour la langue, et si l'on a ici des lésions si graves, c'est que l'on ne connaît pas exactement le degré de septicité des liquides buccaux.

En terminant, je veux vous faire part d'un état psychologique que je constate chez les chirurgiens. Quand j'étais jeune, et que mes élèves, dont quelques-uns sont déjà avancés dans la pratique chirurgicale, l'étaient aussi, nous n'hésitions pas à opérer tous les cancers de la langue. Actuellement, ils en opèrent moins, et, pour ce qui me concerne, moi qui suis plus âgé, j'opère encore moins souvent qu'eux.

M. Reclus. — Il y a dans la langue, comme dans d'autres régions, des variétés très grandes dans les épithéliomas. Il y en a qui paraissent réellement peu graves. Je pourrais citer un malade qui a été opéré une première fois par notre collègue Segond, et que j'ai ensuite opéré sept fois. Il a depuis été opéré une neuvième fois par un de nos collègues, et cela dans l'espace de onze ans. Il s'agissait bien d'épithéliomas, d'épithéliomas locaux dont l'examen histologique a été fait plusieurs fois. J'ai opéré trois autres cas de ces épithéliomas leucoplasiques « locaux » sans ablation des ganglions, qui sont restés guéris.

Si maintenant nous arrivons aux gros épithéliomas, je serais à peu près de l'avis de M. Terrier. Les opérations en apparence les plus radicales sont suivies de récidives rapides. Cependant, je pourrais citer un malade que j'ai opéré en 1879 pour un gros épithélioma de la langue avec ablation d'un ganglion épithéliomateux. Un an après, j'enlevais un ganglion du côté opposé et il est resté guéri depuis vingt-trois ans.

J'ai opéré en 1887, à Versailles, un malade porteur d'un cancer; j'ai enlevé un ganglion. Un an après, j'en ai enlevé un autre du côté opposé; or, au 1er janvier, je recevais pour la quinzième fois sa carte, avec ses remerciements annuels. Un autre opéré est mort au bout de douze ans seulement. Il y a donc des cas dans lesquels les dégénérescences ganglionnaires n'obéissent pas à la loi fatale indiquée par M. Poirier. On doit enlever tout ce qu'on peut, mais il n'est pas toujours nécessaire de faire les grands délabrements dont parle M. Poirier.

Dans tous les cas, quand il s'agit de plaques leucoplasiques

dégénérées, il est tout à fait hors de saison de faire ces ablations graves.

M. Pierre Delbet. — Comme vient de le dire M. Reclus, il y a dans l'évolution des cancers de la langue des différences énormes.

Voici un cas singulier qui se rapproche de ceux qui viennent d'être cités. Il s'agissait d'une dame d'une cinquantaine d'années qui présentait une petite tumeur siégeant sur le bord gauche de la langue. Elle fut opérée par un de mes maîtres. L'opération fut exécutée de la manière suivante : La malade étant endormie, on tira la langue, on écarta la commissure labiale, et on détruisit la tumeur au thermo-cautère. Ce fut tout. Je fus placé près de la malade pour parer aux hémorragies secondaires possibles, et je redoutais fort cette éventualité, car on n'avait fait aucune ligature, ni préventive, ni consécutive. Il ne survint aucune hémorragie, la cicatrisation se fit régulièrement et rapidement.

Je m'attendais à une récidive rapide, qui ne se produisit pas. J'ai suivi la malade pendant des années; elle restait toujours indemne de récidive, si bien que j'étais arrivé à la conviction qu'on avait fait une erreur de diagnostic et qu'elle n'avait jamais eu de cancer. Toute la tumeur ayant été détruite au thermo-cautère, on n'avait pas pu pratiquer d'examen histologique.

Au bout de dix ans, la récidive survint sous forme d'une petite tumeur située à la partie inférieure de la cicatrice sur le plancher de la bouche. Je fis pour cette petite récidive une intervention assez large, mais les allures du néoplasme avaient changé. Alors que la première opération, très parcimonieuse, si parcimonieuse même que personne aujourd'hui n'en voudrait faire de semblable, avait donné dix ans de guérison, une intervention plus étendue fut suivie de récidive rapide. Pour cette seconde récidive, je fis une troisième intervention qui n'empêcha pas une repullulation presque immédiate, et la pauvre femme succomba avec une énorme tumeur ulcérée, fétide, qui s'étendait de la mâchoire à la clavicule.

Si j'ai cité cette observation, ce n'est certes pas pour vanter les opérations parcimonieuses : bien au contraire, j'ai toujours regretté que l'opération première n'ait pas été faite plus largement, car on aurait sans doute obtenu non pas seulement une longue survie, mais une guérison définitive.

D'ailleurs, s'il est vrai que certains cancers de la langue ont une évolution lente et une bénignité relative, comme nous n'avons aucun moyen de distinguer cliniquement les plus bénins des plus malins, comme ceux qui évoluent vite et qui envoient rapidement des prolongements lointains sont de beaucoup les plus fréquents, c'est sur ces derniers qu'il faut régler les interventions.

Je suis, d'autre part, parfaitement convaincu que les opérations qui s'adressent aux cancers n'ont de chances de succès que si elles enlèvent tous les prolongements lymphatiques et ganglionnaires du néoplasme, si elles sont adéquates au mal ; et pour être adéquates au mal, il faut qu'elles soient anatomiques. C'est pour cela que la technique de Poirier me paraît intéressante.

D'un autre côté, je ne me sens pas très entraîné vers les opérations étendues pour les cancers de la langue, surtout pour ceux qui siègent dans sa partie postérieure.

J'ai assisté sur ce point à l'évolution des idées de mon maître, le professeur Trélat. Comme vous le savez, il aimait à faire des ablations complètes de la langue. Il les faisait au galvano-cautère, après ligature préalable des linguales, et c'était bien l'opération la plus élégante et la moins traumatisante qu'on puisse imaginer. Cependant, à la fin de sa carrière, il y avait presque complètement renoncé. Ce qui lui avait fait abandonner ces opérations larges, ce n'est pas les résultats éloignés, les récidives, mais, au contraire, les résultats immédiats. Et en effet, la mortalité était énorme.

Poirier nous a dit qu'il avait perdu un malade et qu'il avait été fort surpris que ce malade eût succombé très peu de temps après qu'il l'avait vu en parfait état. C'est ainsi que ces malades succombent, brusquement, de syncope, dans les douze, vingt-quatre ou trente-six heures qui suivent l'opération. Ces morts si rapides, si brusques qu'on ne peut guère les attribuer à l'infection, ont été assez fréquentes pour qu'on se soit préoccupé de les expliquer. Je me suis demandé, pour ma part, si elles n'étaient pas dues à des syncopes cardiaques par irritation du laryngé supérieur. On sait qu'en irritant le nerf, on peut arrêter le cœur. Les physiologistes ont discuté sur le moment où le cœur s'arrête en systole ou en diastole ; mais le fait de l'action inhibitrice du laryngé supérieur sur le cœur n'est pas mis en doute. Comme ces morts brusques s'observent surtout lorsque l'acte opératoire dépasse en arrière les papilles caliciformes, il est possible qu'elles soient dues à l'irritation du laryngé supérieur, et je m'abstiens volontiers dans les cas où la tumeur envahit la zone innervée par ce nerf.

En terminant, je voudrais demander un éclaircissement à mon ami Poirier. Il nous a dit que dans un de ses cas, une communication s'était établie entre la plaie buccale et la plaie cervicale. Est-ce que cette communication n'est pas constante ? Lorsqu'on a disséqué la glande sous-maxillaire et enlevé tous les lymphatiques et ganglions que Poirier nous a décrits, puis extirpé largement la langue, est-ce que les deux plaies ne communiquent pas toujours ?

M. Walther. — Je crois que les accidents graves observés à la suite des larges interventions dans le cancer de la langue doivent être attribués à l'infection de la plaie par les liquides septiques de la bouche bien plus qu'à une lésion du nerf laryngé supérieur.

Tous nos efforts doivent tendre à prévenir cette infection, et je crois que cela est possible, car je n'ai pas vu depuis bien longtemps d'accidents semblables. Voici pour ma part la technique que j'emploie : je commence par une très large dissection, un curage complet de la région sus-hyoïdienne et de la région carotidienne, puis j'aborde, toujours par la même voie, le plancher de la bouche, qui est largement réséqué; la langue est alors tirée au dehors par la plaie et réséquée dans l'étendue nécessaire. L'ablation comprend donc non seulement la langue et les ganglions, mais tous les plans de la région. Il reste une large brèche dans laquelle s'écoulent les liquides septiques de la bouche. Pour éviter la stagnation de ces liquides au contact de la plaie, je place toujours un ou deux drains accolés dans la plaie, puis à côté de ce drain ou entre ces deux drains un très gros drain qui dépasse la plaie et va affleurer la cavité buccale; il est long au dehors, traverse le pansement aseptique recouvert de taffetas-chiffon, et plonge dans un second pansement indépendant, superficiel, lequel est changé deux ou trois fois par jour. J'attache une grande importance à ces petits points de la technique du pansement, car il me semble qu'on peut éviter ainsi la rétention dans la plaie et par suite les accidents septiques graves.

Notre collègue, M. Poirier, a très justement insisté sur ce ganglion bas de la chaîne carotidienne. C'est très souvent là que, pour ma part, j'ai vu débuter les récidives, qui envahissent alors rapidement la partie inférieure de la région et le creux sus-claviculaire.

M. Poirier nous a montré la pénétration constante de l'injection dans les ganglions des deux côtés du cou; je ne sais s'il en est de même de l'infection épithéliomateuse. Ce qu'il y a de certain, c'est que je n'ai jamais vu d'épithélioma unilatéral de la langue récidiver par une adénopathie du côté opposé. C'est toujours du côté de la lésion que j'ai vu se faire d'abord la récidive. Je voudrais lui demander dans quel état il a trouvé les ganglions du côté opposé dans ses ablations bilatérales des ganglions pour épithélioma limité à un bord de la langue.

M. Poirier. — J'accorde volontiers à mon ami Routier et à M. le Pr Terrier que Whithead n'a pas été le premier à réséquer ou amputer une langue par la voie buccale, et je les prie de croire que je n'ignorais point ce détail. Si j'ai cité avec éloge le procédé

de Whithead, c'est que ce chirurgien me paraît être le premier qui ait réglé et exposé méthodiquement les différents temps de l'opération, sur la description desquels je ne saurais revenir. N'en va-t-il pas de même pour nombre d'amputations ou de désarticulations, auxquelles nous donnons les noms des chirurgiens qui les premiers en ont réglé les divers temps, bien que les mêmes opérations aient été faites avant eux, de façon analogue et quelquefois, tout à fait semblable?

J'accorde moins volontiers à M. Terrier que le système lymphatique joue dans les généralisations et les récidives du cancer un rôle aussi réduit que celui qu'il lui assigne. J'ai entendu avec surprise M. Terrier nous dire, avec l'autorité de sa grande expérience, qu'il ne lui paraissait pas que les récidives des cancers eussent été éloignées par les précautions minutieuses que les chirurgiens d'aujourd'hui apportent dans la recherche et l'enlèvement partiel ou total des ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques de l'organe malade. Toutes les statistiques récentes, soit en France, soit à l'étranger, concluent contre son affirmation. Mon expérience personnelle me permet d'être très affirmatif en ce qui concerne le cancer du sein : je compte dans mon pays, où il m'est facile de suivre et de revoir les malades, nombre de femmes opérées de cancer du sein depuis six ou huit ans et qui attendent encore la récidive. Et j'attribue ces bons résultats à la recherche systématique, méticuleuse et prolongée, à laquelle je me livre, de tous les ganglions pour les enlever et le plus loin possible du mal. Très ignorant des lois de la pathologie générale, j'imagine que le cancer est primitivement une affection ou infection locale et que, si l'on peut enlever tout le mal, on a quelques chances de ne point le voir récidiver.

Ces cas exceptionnels de guérisons plus ou moins longues de cancer de la langue, survenues à la suite d'une ablation purement locale, comme ceux que nous racontent Routier, Terrier, Reclus, prouvent simplement que l'on est arrivé à temps, avant l'infection lymphatique. Peut-être aussi y a-t-il des variétés de cancer, sans compter les erreurs de diagnostic. Par ces exceptions si rares, vous reconnaissez et confirmez que dans la très grande majorité des cas le cancer de la langue est d'une extrême gravité et que la récidive est la règle. Pourquoi renoncer à améliorer un pronostic aussi sombre? La conviction de M. Terrier à cet égard est telle que, nous dit-il, s'il avait un cancer de la langue, il n'est pas bien sûr qu'il se déciderait à l'opération ; d'où sa conclusion, que ne voulant point faire aux autres ce qu'il n'aimerait pas qu'on lui fît à lui-même, il a tendance à s'abstenir dans les cas de cancer avec infection ganglionnaire. C'est affaire de tempé-

rament et de foi. J'ai foi dans la chirurgie de l'avenir, même contre le cancer de la langue, et si demain je me découvrais quelque épithélioma à son début, je prierais l'un de vous d'enlever avec le mal local le territoire lymphatique afférent, à titre curatif ou préventif; et j'attendrais l'avenir avec moins d'anxiété.

Delbet s'étonne que, disséquant jusqu'au mylo-hyoïdien par la voie sus-hyoïdienne et creusant s'il le faut jusqu'au mylo-hyoïdien par la voie buccale, je n'établisse pas dans tous les cas une large communication entre le plancher de la bouche et la région sus-hyoïdienne. C'est que des fibres du stylo-hyoïdien, du stylo-glosse, du ceralo-glosse, du lingual inférieur et du constricteur supérieur du pharynx, continuent en arrière du mylo-hyoïdien un plan de séparation qui persiste dans la plupart des cas. Notre collègue tend à attribuer à un réflexe ayant son point de départ dans la sphère du laryngé supérieur les cas de mort très rapide que l'on voit survenir après les opérations portant surtout sur le tiers postérieur de la langue. Il se peut que Delbet ait raison : cependant j'accuserais plus volontiers, comme Walther, l'infection. Et c'est parce que je redoute cette infection, qui de la bouche va gagner toute la région sus-hyoïdienne disséquée, que je redouble de précautions, ainsi que je vous l'ai dit, et que j'opère de préférence par les deux voies, pour localiser l'infection à la cavité buccale, où il est aisé de la combattre par des lavages répétés.

Vous avez qualifié de délabrement la dissection bilatérale méthodique des régions sus-hyoïdiennes et de la chaîne lymphatique carotido-jugulaire. Le mot n'est juste que pour ce qui concerne les voies lymphatiques qui sont sérieusement compromises; je vous ai dit qu'il fallait un temps assez long à la lymphe pour retrouver son chemin, sans doute par des voies anastomotiques. Autrement, la gravité de l'opération n'est point grande : quatre succès consécutifs obtenus sans grande réaction sur des malades, dont trois étaient d'un âge avancé, en font foi. D'autres opérateurs en ont fait à peu près autant. Butlin, il est vrai, préfère enlever la langue dans une première séance, et procéder quelques jours après à l'opération cervicale; je n'ai pas jugé que le risque fût notablement augmenté si l'on débarrassait le malade dans une seule séance opératoire. Notre collègue Morestin a communiqué au Congrès de chirurgie de 1901 une série de 19 cas dans lesquels il a procédé suivant une méthode très anatomique à un évidement ganglionnaire unilatéral avec ligature de la linguale et de la faciale du même côté pour procéder ensuite à l'amputation de la langue par la voie sus-hyoïdienne qu'il avait ainsi ouverte, et aucun de ses malades n'est mort de l'opération. Pensez-vous qu'il

soit beaucoup plus grave de répéter l'ablation ganglionnaire et la ligature de l'autre côté, surtout si l'on met les plaies cervicales à l'abri de l'infection en enlevant la langue par la voie buccale?

Vous invoquez les exemples de Trélat qui, vers la fin de sa carrière, avait renoncé à opérer le cancer de la langue, et de Verneuil qui opérait toujours. L'embarras est de conclure. Je professe une grande admiration pour les travaux de ces maîtres de la chirurgie dans sa période préantiseptique. Mais je ne puis consentir à comparer les opérations qu'ils faisaient à celles que nous faisons et conseillons aujourd'hui. Certes, c'étaient de grands chirurgiens, de prestigieux opérateurs : j'ai vu Verneuil, qui fut aussi mon maître, opérer des épithéliomas de la langue par voie sus-hyoïdienne avec ou sans section du maxillaire inférieur, dans l'amphithéâtre de la Pitié, et j'ai admiré la maîtrise avec laquelle il chargeait en masse sur l'aiguille courbe de Deschamps, dont il se servait volontiers, un pédicule vasculaire au devant des vaisseaux carotidiens, pour enlever ensuite la glande sublinguale et effondrer le plancher buccal.

Aujourd'hui, moins pressés par le temps, moins menacés par l'infection, nous procédons d'une façon différente, plus lente, plus méthodique, plus anatomique, et plus sûre, j'ose le dire, tout en gardant de pieux sentiments de reconnaissance à la mémoire des maîtres d'autrefois.

L'avenir dira si les élèves ont pu, en cette matière, ajouter quelque parcelle au magnifique patrimoine de science et de pratique que nous ont légué ces maîtres vénérés. J'espère.

M. Terrier. — J'admire chez M. Poirier sa foi dans l'efficacité de l'ablation des ganglions; je ne la partage pas et ne l'appliquerai pas aux autres. Jusqu'ici, en augmentant l'étendue des lésions, je n'ai pas réussi à diminuer la gravité du pronostic des cancers. Aussi ne suis-je pas disposé à suivre M. Poirier et à pratiquer les grosses interventions et les délabrements dont il nous a entretenus.

Je reviens sur le fait psychologique dont j'ai parlé, et que M. Delbet a signalé à propos de notre maître commun Trélat et qui est tout à fait réel. Si j'avais un cancer de la langue, je ne serais pas aussi confiant dans l'ablation que l'est M. Poirier, et j'emploierais peut-être un autre traitement.

M. Terrien lit un travail sur l'*ablation du ganglion ciliaire*. — Ce travail est renvoyé à une commission dont M. Delens est nommé rapporteur.

Présentations de malades.

Fracture du 3e métatarsien des deux pieds, due à la marche forcée.

M. Toubert, *membre correspondant.* — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, en même temps que la radiographie de son métatarse, offre un type très net d'une lésion qui n'est bien connue que depuis la radiographie : c'est un cas de fracture du 3e métatarsien portant sur les deux pieds et due uniquement à la marche.

Ce malade est un caporal de zouaves, entré à l'hôpital pour un abcès de la fossette sus-amygdalienne. Il m'a fait part incidemment de douleurs persistantes localisées au pied gauche. Elles remonteraient à une marche forcée faite en mai 1901, en Algérie, à l'époque des incidents de Margueritte : vingt-deux heures de marche en montagne, en une étape, avec peu de repos. Cependant les douleurs n'ont obligé le malade à interrompre son service que plusieurs jours après et pour un temps très court.

A l'examen clinique, je n'ai constaté qu'une tuméfaction légère et une douleur provoquée par la pression à la partie moyenne du 3e métatarsien sur les deux pieds. J'ai diagnostiqué un cal peu difforme et légèrement douloureux, uniquement d'après les signes locaux et surtout d'après l'histoire du malade. En effet la communication de Stechow au Congrès d'hygiène de Madrid en 1898, le travail de Brisson et Chapotot (1) démontrent que le diagnostic n'est généralement pas difficile quand on pense à cette lésion.

Mon diagnostic a été confirmé par la radiographie : les deux épreuves que je vous présente, dues à mon collègue et ami Jacob, démontrent l'existence des deux fractures et des deux cals.

C'est une lésion peut-être moins rare qu'on ne le pense; cependant, les causes qui la produisent sont certainement moins fréquentes dans le milieu civil que dans le milieu militaire, et c'est pourquoi j'ai cru intéressant de vous présenter ce malade.

Cellulite mastoïdienne postérieure.

M. Toubert, *membre correspondant.* — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est un cavalier du train qui est entré dans

(1) *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1901, p. 81.

le service de chirurgie spéciale du Val-de-Grâce, où je suppléais M. le professeur Chavasse, pour une otite moyenne aiguë du côté droit consécutive à la grippe.

L'infection ne s'est pas limitée à l'oreille moyenne. Des points douloureux très nets ont été constatés successivement dans la région temporale, à la pointe de la mastoïde et sur son bord postérieur, mais, fait digne de remarque, jamais au lieu d'élection, c'est-à-dire au point qui répond à l'antre. Une tuméfaction du volume d'un œuf de poule est apparue au-dessous de la mastoïde, sous le muscle sterno-mastoïdien; elle a disparu en huit jours sans autre traitement que des pansements antiseptiques ou aseptiques faits par le conduit auditif. Une nouvelle tuméfaction s'est montrée à la limite des régions matoïdienne et occipitale. L'existence de douleurs vives et persistantes, l'insomnie, la céphalée tenace, enfin la marche de la température (oscillations quotidiennes avec apyrexie le matin et hyperthermie le soir), tous ces signes m'ont fait craindre des lésions profondes et m'ont décidé à pratiquer une intervention trois jours après le début de cette dernière tuméfaction. Celle-ci était discoïde, du diamètre d'une pièce de 5 francs, rénitente, nullement fluctuante. L'incision des parties molles, épaisses de près de 3 centimètres, me conduit sur le squelette, qui est soigneusement exploré. Je découvre en bas un point dénudé, et la curette pénètre dans une cavité mesurant un centimètre de côté et 1/2 centimètre de profondeur; elle en retire des parcelles d'os raréfié et des fongosités. L'exploration de cette cavité, faite dans le but de rechercher le point osseux par lequel, d'après M. Broca, l'infection vient habituellement de l'antre, me conduit dans une seconde cavité située au-dessus et un peu en avant de la première, d'où sort un dé à coudre de pus : c'était du pus à streptocoques, comme celui de l'otite. Après curettage, cette cavité mesure 1 c. 9 en surface et 1 c. 5 en profondeur; ses parois sont solides; elle ne communique pas avec l'antre.

Après l'intervention, le malade a cessé de souffrir; la température est tombée pour ne plus remonter. La guérison a été complète en trois semaines.

Ce cas m'a paru intéressant :

1° Parce que cette localisation de l'infection partie de la caisse du tympan est rare; je n'ai pu en réunir qu'une dizaine de cas publiés, dont deux ont été communiqués à cette Société (20 novembre 1901), et le diagnostic n'a souvent été qu'une surprise d'intervention et même d'autopsie ;

2° Parce que ce foyer d'infection, localisé à une ou plusieurs cavités le plus souvent closes, est plus proche du sinus latéral et de l'encéphale que de l'antre et de la corticale externe. La mécon-

naissance de cette complication d'origine otique expose donc le malade à de grands dangers.

Arthrite chronique à staphylocoques.

M. Walther. — Le malade que je vous présente est un garçon de seize ans et demi qui est entré au mois d'octobre 1901 dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, pour une arthrite du genou gauche.

Le début de l'affection remontait à quatre ans. Douleur au début intermittente, se manifestant le soir, augmentant, comme la claudication, après des courses un peu longues, devenant progressivement plus intense. Tuméfaction du genou, depuis deux ans, augmentant progressivement avec des poussées correspondant à des périodes de fatigue. L'aggravation continua malgré le repos, l'application de vésicatoires, de pointes de feu, un séjour au bord de la mer, et obligea le malade à s'arrêter et à entrer à l'hôpital.

A ce moment, octobre 1901, je constatai : une tuméfaction considérable du genou, la présence d'un épanchement modéré, une augmentation légère de l'extrémité inférieure du fémur, due surtout à une infiltration péri-osseuse, une douleur très vive au niveau de l'interligne articulaire sans point douloureux net sur le fémur, ni sur le tibia, un épaississement considérable de la synoviale aussi bien sur les bords de la rotule qu'au niveau du cul-de-sac supérieur renflé en un gros bourrelet. Mais nulle part on ne sentait de masses molles, de fongosités; de plus, on pouvait difficilement, mais nettement, percevoir le choc rotulien. Il n'existait pas de mouvements de latéralité.

L'absence de points douloureux osseux, l'absence de fongosités vraies, la constatation d'un choc rotulien assez net malgré l'ancienneté de la lésion, la conservation des mouvements de flexion avec quelques craquements, me firent porter le diagnostic d'arthrite chronique non tuberculeuse, malgré l'existence de ganglions inguinaux et de ganglions iliaques un peu hypertrophiés. Je dois dire que j'étais seul de mon avis et que tous ceux, et ils furent nombreux, qui examinèrent ce petit malade affirmaient la nature tuberculeuse de la lésion.

Une compression ouatée légère, le repos au lit ne modifièrent pas sensiblement l'état de la jointure; cependant l'épanchement diminua et il fut possible de percevoir plus nettement des craquements dans les mouvements de flexion, des frottements à la palpation de la synoviale au cul-de-sac supérieur et sur les parties

latérales de la rotule. De plus, au-dessus et en dehors de la rotule, on sentait alors une masse irrégulière légèrement bosselée, étalée, comme aplatie, offrant une certaine mobilité mais ne se déplaçant pas en masse dans le cul-de sac synovial, crépitant sous le doigt quand on la frottait sur les plans profonds, offrant par conséquent les caractères d'une synovite végétante, proliférante, avec franges hypertrophiées, et non ceux d'une masse de fongosités.

Le 2 décembre 1901 je fis une large arthrotomie, par incision verticale externe. Je retirai de l'articulation non pas de la sérosité, mais un liquide séro-purulent très trouble, avec des flocons fibrineux gris et des caillots sanguins. La synoviale était très épaisse, très œdématiée, rouge, très vascularisée. Dans la partie externe du cul-de-sac supérieur, sur une zone de 3 à 4 centimètres environ, une véritable grappe de franges confluentes, renflées en massue, très rouges, très vasculaires, rien en somme qui pût rappeler l'arthrite tuberculeuse.

Je fis sur le bord interne une autre incision verticale pour bien nettoyer l'articulation.

Toute la région proliférante de la synoviale fut largement réséquée.

Un gros drain fut placé de chaque côté, affleurant la cavité articulaire.

L'examen du liquide et des franges polypeuses, pratiqué par mon ami M. Wurtz, montra qu'il s'agissait d'une infection par le staphylocoque doré pur. Les examens, les inoculations restèrent absolument négatifs dans la recherche des bacilles tuberculeux.

Au reste, la marche de la lésion confirma encore ce diagnostic. Il y eut une assez forte inoculation des lèvres de la plaie, du cul-de-sac synovial par le staphylocoque. Des lavages, un large drainage, des pansements quotidiens assurèrent la désinfection Mais pendant un certain temps la peau, autour du genou, et vous pouvez en voir les traces, fut le siège d'éruptions répétées, tenaces, de furoncles d'inoculation, malgré la désinfection soignée de la peau faite à chaque pansement.

Aujourd'hui, vous pouvez voir qu'il n'y a plus d'épanchement; les mouvements sont revenus en grande partie depuis que je fais faire un peu de gymnastique pour rendre au genou sa mobilité.

La flexion se fait actuellement jusqu'à 90 degrés, et on gagne chaque jour.

Il n'y a plus de douleur; le malade boite encore un peu, mais ne souffre plus en marchant.

Les ganglions inguinaux, les ganglions iliaques ont disparu.

Je dois ajouter qu'il existait un léger degré de genu valgum, qui a aussi disparu sous l'influence du repos au lit prolongé.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'une arthrite chronique du genou, avec synovite proliférante due à une infection staphylococcique pure; je crois que l'on a rarement l'occasion d'observer, de suivre ces formes d'infection articulaire chronique par le staphylocoque; c'est pourquoi j'ai tenu à vous présenter ce petit malade.

M. Moty. — Je demanderai à M. Walther si son malade n'a pas eu de furoncles avant l'apparition de la tuméfaction de son genou. Je pose cette question parce que ce cas présente certaines analogies avec l'un de ceux que j'ai rapportés au dernier congrès de chirurgie; il s'agissait aussi d'une arthrite du genou gauche d'apparence tuberculeuse; au bout de peu de jours je perçus de la fluctuation; j'incisai au thermo, et, frappé de l'aspect caractéristique du pus, je demandai au malade s'il n'avait pas eu de furoncles. — Non, répondit-il. — Mais, insistai-je, il y a un mois, vous n'aviez pas de clous? — Ah! oui, j'en ai eu un au bras, en voici la trace.

Ces cas sont plus nombreux qu'on ne le croit, mais il est probable qu'ils passent souvent inaperçus.

M. Walther. — J'ai, bien entendu, recherché avec le plus grand soin quelle avait pu être la porte d'entrée de l'infection; je n'ai rien trouvé : ni furonculose, ni lymphangite, ni angine; il est possible que cela ait passé inaperçu ou que le malade en ait perdu le souvenir, car, je le répète, l'affection a débuté il y a quatre ans et a eu toujours une marche insidieuse, sans poussée aiguë, violente, l'évolution d'une véritable arthrite chronique.

Présentation de pièces.

Ictère chronique par rétention. Gros calcul du cholédoque. Cholédocotomie sans suture. Guérison rapide sans fistule.

M. Picqué. — Il s'agit d'une malade opérée au pavillon de l'Asile clinique avec l'assistance de mon ancien interne, M. Grégoire.

Elle présentait depuis huit mois de l'ictère chronique par rétention. L'opération fut très laborieuse; la vésicule biliaire, très atrophiée, était enfouie dans une masse considérable d'adhérences.

Le cholédoque fut très difficile à isoler. Incision. Pas de sutures. Drainage avec un tube de caoutchouc. Apyrexie absolue. Au sixième jour le tube fut enlevé; au huitième, la bile avait repris son cours. L'ictère est disparu et la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

Je vous présenterai la malade dans une séance ultérieure.

Présentation d'instrument.

Pince porte-aiguille nouvelle.

M. Chauvel. — La suture des tissus profondément situés dans les plaies opératoires constitue souvent une difficulté.

Nos moyens de réunion permettent de porter l'aiguille à suture vers l'organe lointain à fixer, mais pas toujours de diriger son parcours avec précision, et surtout, une fois l'aiguille passée, d'en saisir aisément l'extrémité et de la faire basculer pour l'amener à soi.

L'instrument que je présente, de la part du Dr Isambert, a pour objet de supprimer ces inconvénients. Il a l'aspect d'une pince à pansement ordinaire, et peut, comme elle, varier dans sa forme et ses dimensions.

L'une de ses extrémités A, creusée d'un pertuis, reçoit une aiguille de forme spéciale qui s'y maintient très facilement, avec ou sans ressort. L'autre extrémité B est recourbée en crochet et porte en dehors un ressort léger. Celui-ci laissera passer l'aiguille quand se fermera l'instrument, mais s'opposera à son retrait dans le mouvement inverse.

L'aiguille est courte; son talon F est cylindrique, et sa pointe D est précédée d'un léger renflement avec arête circulaire regardant le talon.

Cet instrument permet de porter un fil à suture sur tous les points accessibles à une pince ordinaire de mêmes dimensions.

Il se manœuvre vite et avec sûreté.

S'il est construit légèrement, on y adaptera des aiguilles fines et il se prêtera aux sutures les plus délicates. Pour la suture des tissus résistants, on donnera à ses branches et à l'aiguille une puissance en rapport avec l'effort à vaincre.

Élections.

Nomination d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante le 26 février dernier.

Nombre des votants : 28.

MM.	Quénu	obtient :	27	voix.
	Ch. Monod	—	22	—
	Legueu.	—	23	—
	Poirier.	—	5	—
	Lejars	—	4	—
	Guinard	—	1	—

En conséquence, MM. Quénu, Legueu et Ch. Monod sont nommés membres de la Commission.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1902

Présidence de M. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2°. — Deux lettres de MM. Chaput et Broca qui, retenus par une indisposition, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Un travail de M. R. Suarez de Mendoza (de Madrid), intitulé : *Anurie calculeuse. Opération au douzième jour. Guérison.* Le travail de M. Suarez de Mendoza est renvoyé à une commission dont M. Bazy est nommé rapporteur.

4°. — Un travail de M. René Le Fort (de Lille) intitulé : *Ulcères de l'iléon. Péritonite. Fausse occlusion intestinale. Laparotomie. Guérison.* — Le travail de M. Le Fort est renvoyé à une commission dont M. Lejars est nommé rapporteur.

5°. — Un travail de M. le Dr Couteaud, médecin en chef de la marine, intitulé : *Abcès sous-phrénique gazeux a frigore. Laparotomie. Mort. Autopsie.* — Le travail de M. Couteaud est renvoyé à une commission dont M. Rochard est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. Ch. Monod offre à la Société de chirurgie le tome premier du *Traité de technique opératoire*, qu'il vient de publier avec la collaboration de M. I. Vanverts.

M. le Président remercie M. Ch. Monod au nom de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

Traitement chirurgical des anévrismes de l'aorte.

M. TUFFIER. — Dans la séance du 12 mars dernier, au moment où la pénurie d'orateurs allait faire terminer la séance faute de combattants, je me suis décidé à vous communiquer une étude insuffisamment rédigée ; j'ai posé devant vous la question suivante : « Existe-t-il dans les anévrismes de la crosse de l'aorte des variétés anatomiques très rares qui soient justiciables d'une intervention chirurgicale directe ? Ces variétés anatomiques admises, la clinique peut-elle les reconnaître ? » J'ai apporté à l'appui de la réponse à ces deux questions une observation clinique avec ligature du sac, et quelques recherches anatomiques.

Dans le cours de ma communication, je vous avais proposé et promis d'apporter dans la séance suivante la pièce d'anévrisme de l'aorte dont je n'avais pu vous fournir que les dessins d'après nature. Mon premier soin, en arrivant à Beaujon le lendemain, a été de chercher la susdite pièce, et, ne l'ayant pas trouvée, j'ai dépêché un mot à mon chef de laboratoire qui m'a envoyé la réponse suivante :

Paris, le 15 mars 1902.

J'ai fait jeter la pièce d'anévrisme de l'aorte que vous avez opérée et que vous me réclamez.

Comme elle avait été dessinée sur toutes les coutures par M. Liouville, je ne croyais pas que vous puissiez en avoir besoin. J'avais, d'ailleurs, prélevé sur les bords de l'orifice anévrismal un morceau d'aorte de plusieurs centimètres pour l'examen histologique, de telle sorte que cet orifice se trouvait considérablement défiguré.

Je conserve à votre disposition les préparations histologiques.

G. MILIAN.

Je regrette doublement ce contre-temps : d'abord et surtout parce que je ne puis tenir ma promesse, et un peu parce que, quel que soit son état de gangrène et les altérations qu'elle a subies du fait de l'arrêt des hémorragies, elle vous aurait permis de vous rendre un compte plus exact de l'étendue et de l'état des lésions.

Ceci dit, la question, telle que je l'ai posée, a été l'objet d'une première discussion immédiate à laquelle j'ai répondu, et d'une nouvelle objection un peu confuse, mais ayant une réelle valeur scientifique, et faite par M. Guinard.

Envisageant d'abord le diagnostic des anévrismes de la crosse de l'aorte, notre collègue le déclare impossible, et il veut qu'on englobe ces anévrismes sous le nom d'*anévrismes de la base du cou*, avec les ectasies artérielles prenant naissance soit sur le tronc brachio-céphalique, soit sur la carotide ou la sous-clavière droites. Je m'élève absolument contre cette double prétention cliniquement décourageante. Les anévrismes de la crosse peuvent être distingués de ceux des gros vaisseaux de la base du cou, et, si la méprise est fréquente, notre observation, après bien d'autres, démontrerait que leur distinction est possible. Désigner toutes ces lésions sous une étiquette commune est une pratique déplorable; nous cherchons actuellement dans toute la pathologie chirurgicale à bien séparer les lésions les unes des autres; nous avons horreur de la confusion; nous cherchons à sortir chaque variété anatomique et clinique de la fosse commune où on l'abandonnait. Désigner l'anévrisme dont je vous ai parlé sous le nom d'anévrisme de la base du cou constitue un abus de langage; et ce serait d'autant plus illogique que, chez ma malade, la base du cou n'était le siège d'aucune altération, la tumeur étant thoracique, la palpation de l'origine des gros troncs artériels carotidiens ou sous-claviers ne révélant pas la moindre altération. Les doigts enfoncés derrière le sternum n'arrivaient même pas à sentir le dôme aortique. L'anévrisme était franchement intra-thoracique, et il ne peut rentrer, de gré ou de force, dans les anévrismes cervicaux.

Cette confusion anatomique entraîne une confusion thérapeutique bien plus grave : toutes les ectasies artérielles, qu'il s'agisse de l'aorte ou de la base des gros troncs carotidiens sous-claviers ou brachio-céphaliques, reconnaîtront la même thérapeutique. Si bien que si nous voulons envisager et comparer les résultats obtenus par la ligature des troncs artériels, il nous faudrait accepter le résultat obtenu dans l'une quelconque des ectasies artérielles ci-dessus. Il est dès lors impossible d'arriver à une conclusion; « tout est mêlé », comme en convient mon collègue. Il déclare que le procédé thérapeutique univoque pour tous les anévrismes de la base du cou, et du même coup pour tous ceux de l'aorte, est la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droites, et, quand il veut démontrer l'efficacité de cette méthode, il apporte douze faits dans lesquels il y a eu recours. Mais de ces douze faits, dix n'ont rien à voir ici et deux seulement ont trait à des ectasiés aortiques, dont l'un a survécu juste un mois à l'opération et est mort par rupture de son anévrisme.

Ce ne sont vraiment pas là des résultats démonstratifs, et il est impossible d'en tirer une conclusion. Si M. Guinard veut discuter

sur des faits, qu'il s'en tienne aux seuls anévrismes aortiques et qu'il nous donne l'histoire clinique antécédente du malade : c'est le seul moyen d'entraîner la conviction. Et, soit dit en passant, l'observation de M. Reynier, qui a trait à un anévrisme artérioso-veineux du sinus caverneux est encore bien plus loin de notre sujet, et ne mérite pas d'être discutée à propos des ectasies aortiques.

Les objections faites à l'extirpation du sac sont toutes théoriques et je ne vais pas m'y attarder ; la seule constatation pratique qui ait été apportée ici, c'est que, « autour de l'anévrisme, la paroi artérielle était saine » ; je retiens cette affirmation pour ma cause. La suture latérale de l'aorte devient alors analogue à celle des grosses artères en général ; la possibilité et l'efficacité de cette suture sont démontrées actuellement par un nombre trop considérable d'expériences et d'observations chirurgicales pour qu'elle puisse entrer en discussion. La fréquence des cas justiciables d'une intervention est certainement très rare, comme j'ai eu soin de vous le faire remarquer. Voici, cependant, deux planches dessinées d'après les pièces 249 et 251 du musée Dupuytren.

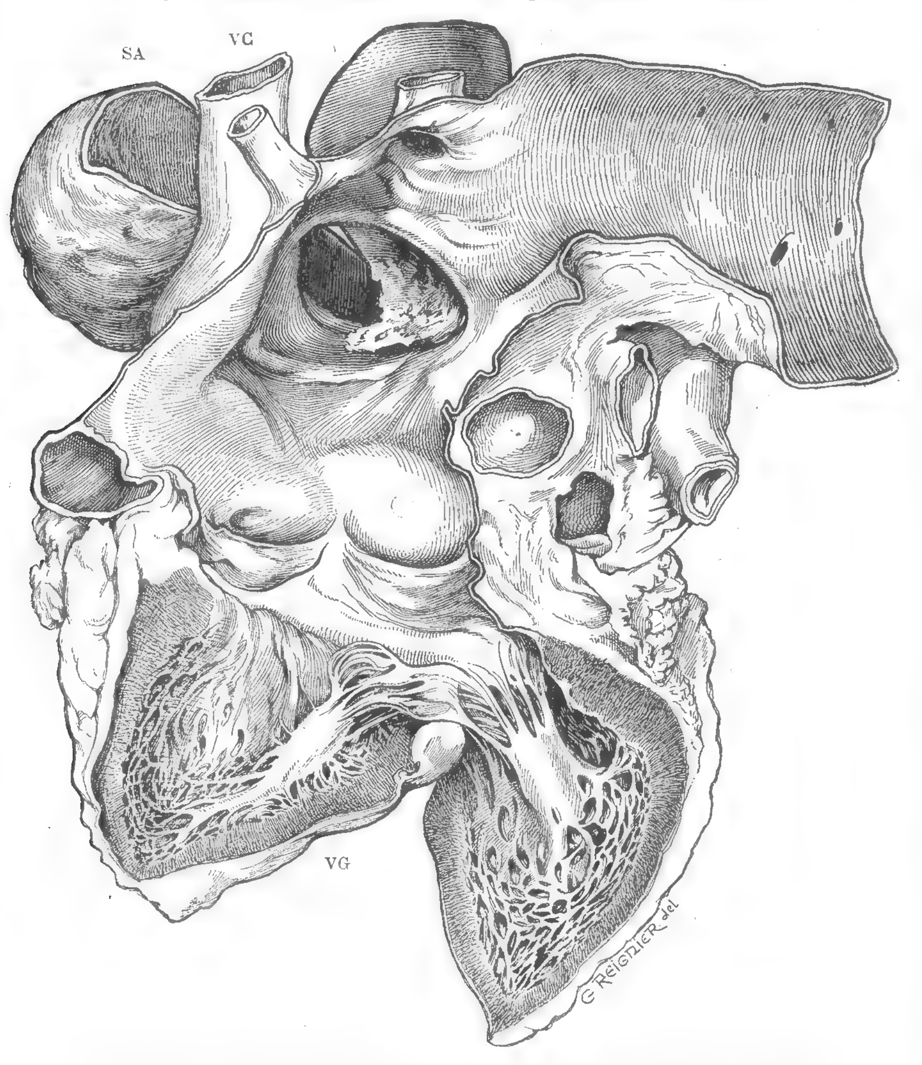
D'autre part, feuilletant les vingt dernières années des *Bulletins de la Société anatomique*, j'ai relevé deux autres observations, dont la première surtout est des plus intéressantes :

Anévrisme de la crosse de l'aorte guéri ; mort par tuberculose aiguë. — Il s'agit d'un anévrisme guéri spontanément ou tout au moins en excellente voie de guérison. Du vivant de la malade, il avait passé tout à fait inaperçu et la région précordiale n'était le siège d'aucun bruit morbide pouvant en faire soupçonner l'existence. Au-dessous et à la partie interne de la clavicule droite, on avait cependant trouvé une petite zone de submatité, mais qu'on avait attribuée à de l'induration du met du poumon droit.

A l'autopsie de la malade, — une femme de trente-sept ans, dans les antécédents de laquelle on ne releva qu'une variole et une scarlatine, et qui mourut de tuberculose pulmonaire — on trouva, un peu à la partie postérieure de la crosse de l'aorte, dans l'angle que forme l'aorte ascendante avec le tronc brachio-céphalique, une tumeur dure, ronde, du volume d'une grosse mandarine, qui comprimait légèrement la trachée située un peu en arrière et à gauche d'elle ; la bronche droite passait au-dessous. Cette tumeur, prise d'abord pour un ganglion hypertrophié, n'était autre qu'un anévrisme sacciforme de l'aorte. Le tronc brachio-céphalique artériel droit, l'artère carotide primitive gauche étaient en rapport direct avec la tumeur, mais n'étaient pas comprimés, non plus que l'artère pulmonaire. De nombreux ganglions entouraient la tumeur et faisaient corps avec elle. Sa face externe n'était pas altérée.

Le sac anévrismal était complètement rempli par une masse grisâtre dure, formée par des couches concentriques de caillots fibrineux très

régulièrement stratifiés. A la partie la plus déclive, on voyait seulement une petite masse rouge noirâtre, formée par un caillot cruorique plus mou et plus récent. Ces caillots n'étaient que faiblement adhérents à la

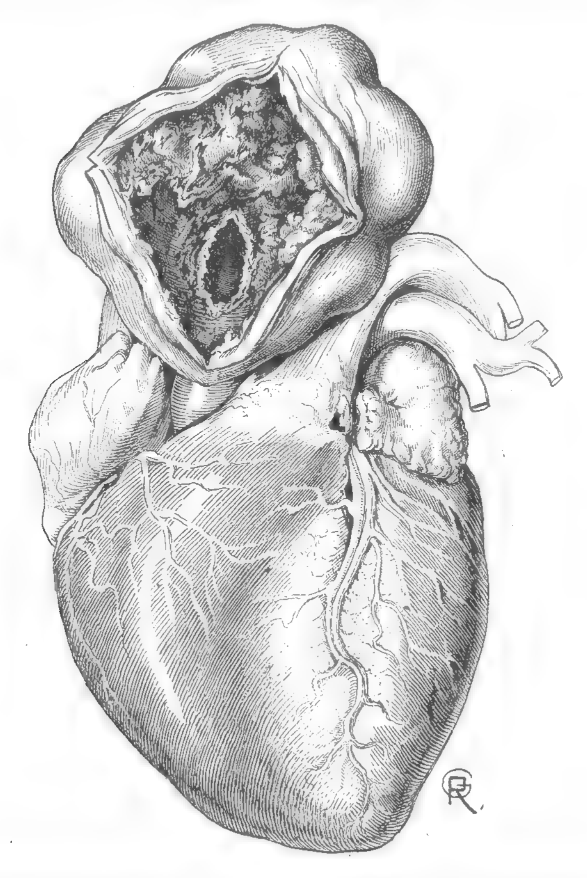


Pièce 249 (Musée Dupuytren). — En bas, le ventricule gauche V G fendu entre ses deux piliers. Au-dessus, les valvules sigmoïdes de l'aorte ouverte pour montrer l'orifice anévrysmal plus foncé et donnant accès, derrière la veine cave supérieure V C, à la poche SA ouverte par en haut.

face interne du sac; celle-ci semblait un peu altérée, présentant cependant çà et là de petites plaques brunâtres. Les parois du sac n'étaient pas amincies d'une façon notable.

La poche anévrismale communiquait directement avec la cavité de la

crosse de l'aorte par une ouverture arrondie, du diamètre d'une pièce de 20 centimes environ et correspondant à peu près au centre de la tumeur. Par cette ouverture de communication sortait un caillot fibrineux cylindrique, long de 13 centimètres, qui, suivant la forme de la crosse de l'aorte, se prolongeait jusqu'à l'aorte descendante. La crosse



Pièce 251 (Musée Dupuytren). — Le sac est ouvert, et l'orifice ovalaire qu'on voit sur son tiers inférieur représente son orifice de communication avec l'aorte.

de l'aorte présentait sur sa face interne quelques plaques athéromateuses (1).

Anévrisme sacciforme de la partie ascendante de l'aorte. — Cet anévrisme offrait cette particularité d'être contenu en entier dans le sac péricardique et d'être bridé par lui, comprimant ainsi les veines caves supérieure et inférieure et l'oreillette droite. Le fait qu'il était entière-

(1) De Pradel, *Soc. Anat.* Octobre 1885 p. 401.

ment stratifié explique que pendant la vie il ne donnait naissance à aucun souffle vasculaire et se comportait comme une tumeur quelconque du médiastin, faisant à droite et assez en dehors du sternum une saillie visible à jour frisant et soulevée par les battements artériels : le diagnostic exact fut néanmoins porté par M. Faisans.

L'observation, très sommaire, ne donne pas d'autres détails anatomiques sur cet anévrisme, mais elle se termine par ces lignes, que je retiens; « On ne relevait dans les antécédents de la malade ni syphilis « ni saturnisme, pas de paludisme ni de maladies infectieuses graves. « L'autopsie montra que les valvules sigmoïdes aortiques étaient très « souples et que l'aorte ne présentait pas de traces d'athérome (1). »

Je répondrai enfin à M. Poirier qui me dit : « Vous croyez avoir lié le collet du sac, mais vous avez lié le sac lui-même plus près de son fond que de son collet; la figure que vous donnez, et la situation des fils à l'autopsie le prouvent, et je vous demande des renseignements complémentaires ». Les voici : J'ai disséqué le sac anévrismal et je l'ai séparé de toutes les adhérences aux organes voisins; quand je suis arrivé sur la paroi de l'aorte, je l'ai trouvé adhérent à la paroi même de ce vaisseau; j'ai pu me rendre un compte absolument exact de l'étendue de cette portion réfléchie : j'avais mon index gauche coiffé du sac introduit dans son collet comme dans un véritable trou de l'aorte. Ces adhérences, faciles à libérer au-dessus de l'orifice, ont été très difficiles à libérer au-dessous, et j'ai poursuivi de ce côté le décollement aussi près que possible de l'orifice, mais de façon à ne pas le côtoyer assez pour avoir des chances de l'ouvrir, et c'est sur cette partie du sac ainsi libérée que j'ai mis un, puis deux fils de catgut. Ces fils placés, je voyais et je sentais au-dessous l'aorte et la portion liée du sac qui battaient, et au-dessus le moignon du sac vide, affaissé et plissé ; il avait, avant l'expression de son contenu et la ligature, le volume du poing, et il avait maintenant le volume d'une grosse noix.

Ma ligature étreignait donc le sac aussi près de l'orifice aortique que possible, si bien qu'après avoir suturé la plaie opératoire, le volet thoracique dépourvu de ses côtes était plan et ne présentait aucun battement artériel.

Sur la figure n° 5, vous voyez en haut la partie liée du sac qui paraît atrophié, et c'est un véritable moignon au-dessus duquel on voit une grosse aorte. Elle est la représentation ectasiée de la pièce; la portion aortique qui paraît faire partie de la base du sac est en réalité une portion irrégulière et ectasiée du vaisseau, et

(1) Lévesque, *Soc. Anat.* Nov. 1900, p. 987.

ce n'est que sa partie supérieure, son dôme, qui fait partie du sac anévrismal.

Tels sont, Messieurs, les faits que je désirais ajouter à ma communication et que les exigences du concours de l'internat m'ont empêché de vous apporter plus tôt.

M. Kirmisson. — Je tiens à protester contre ce que vient de nous dire M. Tuffier, à savoir qu'il a pris la parole aux lieu et place de collègues qui étaient inscrits avant lui. Je tiens à dire qu'il était inscrit le premier et c'est pour cela que je lui ai donné la parole.

M. Bazy. — C'est avec raison que M. Tuffier a dit qu'on ne devait tenter qu'avec les plus grandes précautions les opérations analogues à celle qu'il a faite; aussi il me semble que, dans une opération d'une aussi grande importance, il eût fallu être renseigné avant l'opération sur la forme de cet anévrisme. Or la radiographie ne donne qu'une ombre qui est la projection de la lésion que l'on examine, et dans l'espèce cette ombre se confondrait avec celle qui était projetée par le cœur et par l'aorte.

Si au contraire on eût employé la radiographie stéréoscopique, on eût peut-être pu avoir des renseignements précis sur la forme de l'anévrisme, sur l'existence ou non d'un pédicule et, en tout cas, on eût fait tout ce qu'il fallait pour avoir un diagnostic aussi précis que possible.

Un autre point est celui qui a été traité par mon ami Guinard. Il nous a dit qu'en écoutant M. Tuffier il avait eu la pensée que la malade est morte de septicémie, mais en lisant son observation, il avait vu qu'elle est morte d'hémorragie; pour moi, comme pour tout le monde, elle est morte d'hémorragie d'origine septicémique, et, à ce point de vue là, je ne saurais partager sa manière de voir, à savoir que la ligature doit être suivie de gangrène. La gangrène n'existe que lorsqu'une ligature est septique ou quand elle est suivie d'accidents septicémiques. Une ligature aseptique n'est jamais suivie d'hémorragie. Nous en avons des exemples nombreux dans les cas, par exemple, de ligature de pédicules volumineux de kystes de l'ovaire.

J'aurais voulu demander à M. Tuffier quelques explications sur la physiologie pathologique de cette ligature, sur le transport à distance d'une ligature qui, placée sur le pédicule de l'anévrisme en est trouvée, à l'autopsie, distante de 2 cent. et demi et sur l'irruption du sang dans l'intérieur du sac après qu'il a été lié. Les explications préalables que je viens d'entendre, mon esprit n'a pas pu les saisir et je voudrais attendre la lecture de ces explications pour pouvoir discuter.

M. Poirier. — Je suis très heureux que M. Tuffier ait bien voulu venir nous donner quelques explications sur l'observation qu'il a communiquée à la séance du 12 mars dernier; d'autre part je suis fâché d'ajouter que je n'ai pas compris grand'chose à ces explications. Donc je reprends les objections que j'ai présentées. J'ai dit : M. Tuffier n'a posé ni deux ni un fil sur le collet d'un sac anévrismal; il a posé sa ligature vers le milieu du sac, divisant celui-ci en deux tumeurs jumelles auxquelles j'ai donné des noms pour mieux préciser ma pensée. A l'audition de l'observation communiquée verbalement par M. Tuffier, j'avais cru, comme tous nos collègues, que le fil avait été placé sur le collet du sac, tant avaient été précis les détails donnés sur ce point par M. Tuffier. En lisant l'observation imprimée dans les journaux, puis dans notre bulletin, j'ai trouvé des preuves irréfutables que le fil avait été placé loin du collet de l'anévrisme, près du sommet.

Les détails, assez vagues d'ailleurs, donnés dans cette observation qui n'est point frappée au coin de la précision que nous sommes habitués de rencontrer dans les observations communiquées ici, ne permettent point de doute à cet égard. Ils sont corroborés très efficacement par les dessins fort clairs, de mon ami Jacques Liouville. Voyez les figures 5 et 7 : elles démontrent la division opérée par la ligature sur le sac, dont les parois nous apparaissent largement étalées (fig. 6) autour de l'orifice aortique. Et je reste frappé d'étonnement à l'aspect de cette figure 6, qui porte comme légende : *le sac anévrismal est ouvert et on voit l'orifice de communication avec l'aorte* — cela est clair, je pense. Mais combien mon étonnement augmente quand, en me reportant à l'autopsie, je lis « qu'il a été impossible de distinguer aucune paroi anévrismale..., que peut-être est-il possible de reconnaître dans la région gauche une mince pellicule cellulo-adipeuse (!) qui en est un reliquat ». Donc, à l'autopsie, il n'y a plus de sac. Croyez-vous? Mais si, il y en a un, puisque le dessinateur, reproduisant la pièce recueillie à l'autopsie, nous montre les parois du sac étranglées par la ligature (fig. 5) ou étalées autour de l'orifice aortique (fig. 5), et que la légende confirme le dessin. La contradiction est flagrante. Je serais reconnaissant à M. Tuffier de nous donner des explications bien précises sur ces points.

M. Guinard. — M. Tuffier nous dit que le diagnostic du siège exact des anévrismes de la crosse aortique est possible, puisqu'il l'a vérifié chez son opérée. Et il nous cite deux pièces du musée Dupuytren et de la Société anatomique où il y a un orifice petit entre la poche anévrismale et l'aorte. Je ne conteste en rien l'existence de cette disposition dans certains cas, mais, ce que je

demande, c'est le signe clinique qui peut permettre de la diagnostiquer. Je maintiens ce que j'ai beaucoup développé ailleurs, qu'il n'y a aucune certitude clinique possible, et par conséquent qu'on ne sera jamais sûr d'un pareil diagnostic. Je renouvelle la réserve que je fais avec M. Bazy sur la radiographie stéréoscopique. Et je répète que ce n'est pas sur des probabilités qu'on osera entreprendre une opération comme celle dont nous a parlé M. Tuffier.

Reste la statistique de mes 12 observations de ligature par la méthode de Brasdor-Wardrop. Il est bien vrai qu'il n'y a que deux observations d'anévrismes aortiques. Mais, en prenant toutes les autopsies publiées en pareil cas, j'ai montré qu'une fois sur deux on avait affaire à un anévrisme aortique, quand on avait cru opérer pour un anévrisme brachio-céphalique. J'en conclus que pour les cas qui ont guéri, la même proportion doit être gardée, et, sur mes 10 autres observations, je me crois en droit logiquement de conclure qu'il y a une notable proportion d'anévrismes portant sur la crosse de l'aorte.

Ce qu'il y a d'important à savoir, c'est qu'un traitement relativement innocent et simple donne de bons résultats pour la cure des anévrismes et doit être opposé à l'extirpation qui sera toujours une opération laborieuse et d'une gravité exceptionnelle.

M. Kirmisson. — Je tiens à protester de nouveau contre ce que vient de dire M. Tuffier, qu'il aurait pris la parole à l'improviste et pour combler le vide de la séance. Il a pris la parole à son tour; s'il n'était pas prêt, il lui était loisible d'ajourner sa communication. Il a d'ailleurs pris l'engagement de nous présenter sa pièce dans une séance ultérieure, ce qui eût été d'autant plus nécessaire qu'il y a contradiction entre ce qu'il a dit, à savoir qu'il entrait à peine son doigt dans l'orifice aortique, tandis qu'à l'autopsie il est noté que cet orifice mesurait 3 cent, 1/2 de diamètre.

M. Poirier. — Je suis obligé d'avouer que je n'ai pas mieux compris la seconde explication que la première. Ce que je comprends, par exemple, c'est que M. Tuffier maintient contre les termes de son autopsie, contre l'évidence de ses dessins, qu'il a posé le fil sur le collet du sac. Alors je vais lui apporter d'autres arguments, toujours empruntés à la relation même de son observation. Lors de l'opération nécessitée par l'hémorragie terminale, M. Chifoliau « comprima directement sur le sac rompu, et le sang cessa de couler ». Où siégeait cette rupture du sac? au niveau, près, loin de la ligature? On ne le dit pas. Mais on nous dit qu'une deuxième déchirure se produisit « à côté du doigt de M. Loubet » qui avait remplacé le doigt de M. Chifoliau. Comme localisation, c'est encore d'une précision discutable. Eh bien, je dis que la

déchirure a porté sur la plus grosse portion du sac, isolée de la plus petite par la ligature, et j'en donne comme première preuve, en dehors des dessins si démonstratifs, que le sang s'est écoulé en bavant par cette déchirure; il n'eût pas bavé s'il fût sorti de l'aorte; et j'en donne comme deuxième preuve que M. Chifoliau « entrevoyait la possibilité de placer un clamp au-dessous de la rupture du sac sur l'aorte ». C'est donc qu'il restait entre votre ligature et l'aorte du tissu et un espace suffisants pour placer un clamp; en effet, M. Chifoliau, dont je connais l'habileté et le sang-froid, car il a été mon interne, ne se proposait évidemment pas de mettre un clamp sur l'aorte, moyen trop radical d'arrêter une hémorragie.

Et cela est si vrai que si l'on se reporte à la relation de l'autopsie, on y lit : *les fils posés pour la ligature sont dans la masse de fibrine qui entoure la portion costale de l'anévrisme et non plus au niveau de l'orifice aortique de l'anévrisme.* Enfin, voilà une phrase précise, qui nous montre les fils là où ils ont été posés, et, comme je l'ai dit, plus près de la côte que du collet; bien sûr, ils sont là où ils ont été posés, nous montrant un étranglement sur le sac anévrismal; et ils ne pouvaient pas être ailleurs.

M. Tuffier. — Je répondrai à M. Kirmisson que j'ai fait ma communication alors que plusieurs orateurs avaient refusé la parole, et que je ne comptais pas parler dans cette séance. Je n'admets pas son expression « de vouloir faire croire » ; je ne veux rien faire croire à personne et je dis ce qui est, voilà tout.

A M. Bazy qui propose la radio-stéréoscopie, j'accorde que c'est une méthode excellente, et je l'emploie souvent pour d'autres lésions; il est possible qu'elle donne de bons résultats dans ces cas. Quant à la physiologie pathologique de la cicatrisation du sac dans les anévrismes, je crois que le sac étant lié, réséqué, et la paroi artérielle reconstituée par une suture, je suis dans les conditions d'une suture latérale des artères et nous savons que la cicatrisation est efficace dans ces conditions.

M. Poirier trouve mon explication confuse; voici le dessin original sur lequel je puis discuter avec lui : c'est la figure 6 de ma communication. Le petit moignon situé à la partie supérieure est le sac atrophié; la partie située au-dessous est formée par l'aorte dilatée et la partie du sac qui a été liée. L'hémorragie s'est faite au niveau de la ligature du sac; elle ne peut avoir eu lieu ailleurs.

M. Poirier. — Les dessins que M. Tuffier esquisse au tableau n'entraînent point ma conviction; ils ne rappelent guère ceux qui illustrent son observation. Cependant je crois comprendre

que M. Tuffier veut bien me faire une petite concession, puisqu'il vient de nous dire qu'il avait placé son *fil à distance du collet, car il était impossible de le placer autour de celui-ci.* Notre collègue était fort ému en opérant, comme il l'a avoué. Ma conviction demeure irréductible qu'il a placé sa ligature là où je l'ai dit, là où les dessins nous la montrent, plus près du sommet que du collet du sac. Combien il est regrettable que ces explications et contradictions, longues et fastidieuses, ne nous aient point été épargnées par la présentation de la pièce, sans laquelle l'observation, imprécise, perd toute valeur.

Communication.

Note sur un cas d'hallux valgus.

Par M. LUCIEN PICQUÉ.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer dans mon service spécial un cas intéressant d'hallux valgus.

Les particularités qu'il a présentées au point de vue anatomo-pathologique, les conditions pathogéniques qui semblent avoir présidé à la production de la déviation, le mode d'intervention que j'ai adopté m'ont paru assez intéressants pour vous être signalés.

Voici d'abord l'observation :

M. B. Jean, quarante ans, est actuellement en traitement dans le service de M. le Dr Marie à Villejuif. Avant son entrée il a passé par le service de l'admission où M. Magnan a fait le 13 juin 1901 le certificat suivant : Affaiblissement des facultés intellectuelles. Idées de satisfaction, conscience très incomplète de ses actes. Ataxie locomotrice. Habitudes alcooliques. Le 3 février 1902 M. le Dr Marie a établi lui-même le certificat suivant : Tabes avec quelques signes de méningoencéphalite.

Ce malade présente une déviation symétrique du premier orteil; et comme cette lésion préoccupe le malade au point de vue de la marche. M. Marie le soumet à mon examen.

Hallus valgus symétrique.

La difformité est surtout marquée à gauche, et ma description portera uniquement sur ce côté. J'ai limité d'ailleurs mon intervention au pied gauche.

A l'examen du pied on est frappé de l'augmentation du diamètre antérieur du pied. En mesurant le diamètre transversal du talon au niveau des malléoles et le comparant au diamètre prémétatarsien on constate que ce dernier est de 12 centimètres alors que le premier n'est que de 6. C'est une confirmation des chiffres donnés par Quevedo à ce

sujet dans son important travail; normalement le diamètre ne doit pas dépasser 9 centimètres.

La voûte plantaire est légèrement abaissée, mais, comme la lésion est double, il est difficile de se rendre compte de ce qui revient à la déviation de l'orteil dans cet abaissement relatif de la voûte plantaire. J'y reviendrai plus loin.

Il n'existe d'ailleurs aucun degré de valgus, et le scaphoïde ne fait pas saillie sur le bord interne du pied.

La déviation du gros orteil est très marquée; généralement il est en arrière; ici, au contraire, il recouvre la face des deux orteils suivants (2 à 3 c.).

Il résulte donc de l'examen de la conformation extérieure du pied, ainsi que vous pouvez le voir sur ce moulage, que l'hallus valgus ne constitue pas chez ce malade toute la lésion, mais qu'il existe en plus une augmentation du diamètre antérieur et un certain degré d'affaissement de la voûte plantaire.

Quelle est la part de l'hallus valgus dans ces modifications?

La radiographie va nous renseigner à cet égard, en nous montrant exactement les changements de rapports des os du pied et en nous permettant d'apprécier leur cause probable.

Le 1er métatarsien est notablement dévié en dedans; il forme avec le 2e un angle très prononcé à sinus ouvert en avant. D'ailleurs, cet angle est parfaitement perceptible au doigt qui peut s'y engager facilement. Son ouverture au niveau des têtes métatarsiennes est de 3 centimètres.

A ses deux extrémités des particularités importantes doivent être signalées.

Extrémité antérieure. — Contrairement à l'opinion généralement admise, l'extrémité antérieure du 1er métatarsien ne présente aucune augmentation appréciable de volume, et d'ailleurs l'intervention chirurgicale qui a mis à nu cette extrémité nous a permis de reconnaître que cette tête présentait son volume normal. C'est dès lors l'ouverture seule de l'angle et non l'augmentation du volume de la tête qui modifie les dimensions transversales du pied en avant.

Alors que généralement une partie plus ou moins grande de la surface antérieure de la 1re phalange reste en contact avec la surface articulaire du métatarsien ici au contraire, le contact est réduit au minimum.

Les deux surfaces ne se touchent que sur une étendue qui ne dépasse guère 1 centimètre. Toute la surface de la 1re phalange est couchée sur le bord externe du 1er métatarsien, la surface articulaire du métatarsien est devenue sous-cutanée. Il n'existait dans notre cas aucune lésion d'arthrite sèche.

Le sésamoïde externe est resté en rapport avec la surface articulaire de la 1re phalange; il est situé par conséquent dans l'angle des deux 1ers métatarsiens et nullement entre les surfaces articulaires. En tout cas il ne pourrait comme on l'a dit, contribuer à refouler le 1er métatarsien en dedans, en agissant comme un coin entre les 2 têtes métatarsiennes.

Le 2e sésamoïde est dans son voisinage immédiat; il existe en plus

une laxité considérable de tout l'appareil ligamenteux, surtout le ligament latéral externe.

Extrémité postérieure. — En arrière les rapports de l'extrémité postérieure du 1er métatarsien avec les cunéiformes et le scaphoïde sont intéressants à noter.

On a dit que ces rapports étaient modifiés et que la cause en était dans la torsion du métatarsien sur son axe, qui rendait interne la face supérieure du métatarsien.

Or cette rotation n'existe pas chez notre malade; j'ai pu le constater au cours de l'opération, et la radiographie d'ailleurs, le démontre suffisamment.

Ce n'est donc pas à cette rotation qu'il faut attribuer les modifications de direction des cunéiformes. La déviation du métatarsien suffit à mon sens à les expliquer.

Dans notre cas le 1er cunéiforme seul est modifié dans sa direction.

On peut facilement constater sur la radiographie un écartement très notable entre les surfaces contiguës des 2 premiers cunéiformes. Il en résulte que l'articulation cunéo-métatarsienne au lieu d'être horizontale, a pris une direction très oblique de dehors en dedans et d'avant en arrière. Il y a une véritable dislocation en arrière, de l'interligne de Lisfranc, utile à prévoir dans les exercices de médecine opératoire.

Mais le 2e cunéiforme est resté en place contrairement à ce qui a été signalé dans certains cas (Mauclaire). Le scaphoïde lui-même ne s'est pas déplacé, retenu qu'il est en dehors par le 2e cunéiforme.

D'ailleurs il ne faisait comme je l'ai dit plus haut aucune saillie appréciable sur le bord inférieur et l'on a pu s'en rendre compte sur le moulage. La déviation était limitée dans mon cas au 1er cunéiforme.

Il ne paraît pas possible d'admettre que le pied plat ait pu en être la conséquence et je pense qu'il doit en être de même dans beaucoup de cas. On peut admettre que l'affaissement relatif de la voûte plantaire a pu préexister, dans beaucoup de cas, à la déviation du gros orteil.

Des considérations qui précèdent, il résulte que l'hallux valgus constitue une lésion complexe, qu'à la déviation du gros orteil viennent s'ajouter des déviations des os du pied, déviations portant surtout sur le métatarsien et le premier cunéiforme et donnant lieu à un changement de forme générale du pied caractérisé par son élargissement et peut-être aussi à un affaiblissement de la voûte plantaire comme l'admettent certains auteurs, bien que ce fait ne me paraisse cependant pas suffisamment démontré dans tous les cas et spécialement dans celui que j'ai observé.

Le cas actuel m'a fourni d'autre part des éléments précieux pour discuter la valeur des théories diverses mises en avant par les auteurs pour expliquer la pathogénie de cette affection ; et comme la pathogénie domine la question de thérapeutique, il y a lieu de s'y arrêter quelques instants.

Pendant longtemps, sous l'influence des idées de Verneuil, cette lésion fut considérée comme relevant de l'arthrite. Les auteurs qui adoptent cette manière de voir (Blum, Lancereaux, Kirmisson) pensent que cette déformation n'est que le résultat d'une arthrite chronique.

Sans nier la valeur pathogénique de l'arthrite déformante dans la plupart des cas, nous pouvons dire que cette dernière ne saurait les expliquer tous. Chez notre malade, l'extrémité métatarsienne était intacte, et, bien que le moulage vous montre qu'il s'agit d'un hallux valgus, présentant l'aspect extérieur de cette lésion, il n'en est pas moins vrai que, chez notre malade, il n'existait qu'une luxation métatarso-phalangienne.

Si, d'autre part, on laisse de côté la théorie mécanique qui d'après la plupart des auteurs ne saurait tout expliquer, ainsi que la théorie nerveuse, qu'on ne saurait à mon sens séparer de la théorie musculaire et la théorie osseuse qui rentre en partie dans celle de Verneuil, il ne reste plus pour expliquer le mécanisme de la production de l'hallux valgus dans notre cas que la théorie ligamenteuse ou musculaire.

Nous avons relevé dans notre cas une grande laxité de l'appareil ligamenteux.

Quevedo, dans son travail important, admet que la lésion principale siège dans le tissu cellulo-fibreux qui entoure le tendon extenseur.

Malgaigne et d'autres auteurs admettent l'insuffisance du ligament latéral interne, mais, ici comme ailleurs, la difficulté est de savoir si ce relâchement ligamenteux est primitif ou secondaire.

Les auteurs qui admettent la théorie musculaire sont en désaccord sur le muscle même qui, selon nous, est le point de départ de la lésion.

Les uns invoquent l'extenseur propre, d'autres les extenseurs des orteils ; notre collègue, M. Poirier, fait jouer un rôle important au chef interne du pédieux ; Dubreuil fait intervenir les abducteurs.

Une constatation importante m'a permis d'admettre chez mon malade une rétraction des muscles abducteurs.

Il convient toutefois de remarquer que l'abducteur oblique du gros orteil, est abducteur et surtout fléchisseur et que l'abducteur transverse, s'il porte le gros orteil en dehors, le porte également en bas.

Ces deux muscles sont donc surtout fléchisseurs; leur action abductrice est beaucoup moins marquée. Mais on peut toutefois admettre que s'il en est ainsi lorsque le gros orteil est dans la rectitude, l'action abductrice s'accuse de plus en plus lorsque le gros orteil est incliné latéralement. Quoi qu'il en soit, la correction de la

déviation par la main était impossible. Dès qu'on essayait de reporter l'orteil en dehors, il se produisait dans le triangle osseux formé par les deux métatarsiens une corde oblique qui paraissait produite par la tension de l'abducteur oblique.

La section du tendon pratiquée à travers une incision de la plante du pied suffit à amener d'emblée la correction et la suppression de cette corde. Le chef interne du pédieux, invoqué par Poirier, ne fit dans ce cas aucun obstacle à la réduction totale.

Je pus d'ailleurs au cours de l'opération, et par l'incision antérieure, constater que ma section avait bien porté sur les abducteurs.

Quelle est la valeur de cette rétraction dans la pathogénie de l'hallux valgus? Il est difficile de le dire, et cependant cette action des abducteurs semble avoir été constatée au cours de diverses opérations dont la relation a été publiée.

Dans un cas, Monod n'a pu obtenir la correction qu'en coupant toutes les parties molles du premier espace, sans qu'il soit fait d'ailleurs mention que cette section ait spécialement porté sur les muscles.

Gérard Marchant nous dit encore qu'après avoir pratiqué la résection de la tête, il dut sectionner le pédieux et les abducteurs, ce que fit également dans ces cas notre collègue Reynier.

Il me semble nécessaire que pour fixer la valeur de l'action de l'abducteur, les chirurgiens portent à l'avenir leur attention sur la rétraction de ce groupe musculaire; ainsi l'on pourra se prononcer sur le rôle pathogénique des abducteurs. Si ce rôle était prouvé, le relâchement ligamenteux deviendrait secondaire.

Resterait à connaître l'origine elle-même de cette rétraction. L'étude de notre cas ne nous a rien fourni à cet égard.

Traitement. — La variabilité des modes de traitement proposés contre cette affection dérive naturellement des incertitudes de la pathogénie.

Or, la thérapeutique s'est surtout ressentie de la doctrine articulaire et osseuse si en honneur dans ces derniers temps, et l'on peut dire que, pendant de longues années, elle s'est résumée à la résection de la tête ou à la résection cunéiforme du col, malgré les procédés ingénieux de résection proposés par plusieurs de nos collègues, par Monod, Jalaguier et Duplay. Plusieurs chirurgiens ont compris dans leurs opérations récentes que la résection pure et simple ne suffisait pas toujours à corriger la déviation, et plusieurs dont j'ai déjà cité les noms, Monod, Gérard Marchant et Reynier, ont eu recours à des sections complémentaires des muscles.

Delbet, en 1896, vous rapportait un cas intéressant de ténopexie latérale pratiquée à la suite d'une résection.

Déjà, en 1894, un chirurgien étranger transplantait le tendon du long fléchisseur sur celui de l'extenseur; en 1897, Ulmann Weiss coupe le tendon de l'extenseur propre pour le fixer sur la ligne médiane.

En 1896, Kirmisson relatait à propos de l'observation de Delbet un cas dans lequel il avait pratiqué la ténotomie du tendon extenseur, et Poirier vous indiquait le bon résultat qu'il avait obtenu en sectionnant le chef interne du pédieux.

Je vous ai dit plus haut comment, chez mon malade, qui ne présentait aucune altération de la tête métatarsienne, j'avais obtenu la correction de la déviation.

Dans un premier temps, je pratiquai à la plante du pied une longue incision de 10 centimètres. Insinuant un bistouri boutonné le long de la face interne du premier métatarsien, je sectionnai la corde formée par les obliques le long de la face latérale externe de l'articulation métatarso-phalangienne. J'obtins de suite le redressement du gros orteil par la réduction de la luxation.

Pour maintenir le gros orteil en place, je désinsérai le tendon de l'extenseur dont je transplantai l'insertion sur la face latérale interne de la première phalange.

Puis je plissai avec un surget de catgut le ligament latéral interne très distendu de cette articulation. Le résultat immédiat fut parfait. Il s'est maintenu par la suite ainsi qu'en témoigne le moulage que je vous présente.

M. Kirmisson. — Je crois que M. Picqué a commis une confusion. Il a eu affaire à une altération complexe, car il s'agit de l'hallux valgus chez un tabétique. Il suffit d'avoir étudié les lésions de l'hallux valgus pour être tout à fait convaincu que la lésion gît tout entière sur la tête du 4e métatarsien. La partie interne de cette tête est seule altérée; le côté externe, au contraire, ne l'est pas, et le cartilage est lisse et uni.

Les opérations contre l'hallux valgus doivent porter sur la tête du 1er métatarsien, et les opérations de Reverdin et de Riedel en particulier donnent, à ce point de vue-là, de bons résultats.

Qu'il y ait des contractures des tendons extenseurs et des abducteurs, je ne le nie pas; elles existent, mais elles sont secondaires. Au demeurant, le résultat obtenu par M. Picqué n'est pas celui que nous cherchons d'habitude.

De ce cas particulièrement intéressant, il ne faudrait pas conclure que la théorie invoquée par M. Picqué soit la vraie.

Ce ne sont pas les pressions mécaniques qui sont la cause de l'hallux valgus. Nous ne l'observons pas, en effet, chez les gens aisés et qui se soignent, malgré que beaucoup d'entre eux com-

priment leurs pieds dans des chaussures trop étroites. Nous ne les observons que chez les alcooliques, les rhumatisants, les tabétiques, etc., chez ceux, en somme, qui ont des névrites périphériques.

Le cas de M. Picqué est intéressant, mais il ne répond pas à la généralité des cas.

M. Paul Reynier. — Je m'associe en grande partie à ce que vient de dire M. Kirmisson. — M. Picqué s'est trouvé en présence d'un cas un peu particulier. — Son malade était tabétique, et ici nous constatons surtout des troubles trophiques, portant sur les os et sur les muscles. Nous en avons la preuve rien qu'en regardant la radiographie que nous présente M. Picqué. Sur cette radiographie, on voit que les têtes de presque tous les métatarsiens sont constituées par un os très transparent, et cette transparence des os à la radiographie est un indice certain d'une altération osseuse. Mais, de plus, si M. Picqué veut prendre la longueur du premier métatarsien, et y ajouter celle des deux phalanges du pouce luxé, il verra qu'il obtient ainsi, en redressant le pouce, un premier orteil d'une longueur démesurée dépassant de beaucoup les autres orteils. Il est probable que l'accroissement du tendon de l'extenseur ne s'est pas fait parallèlement à celui des os ; celui-ci, agissant alors comme une corde d'un arc, a porté les phalanges en dehors, pendant qu'il inclinait le métatarsien en dedans, formant ainsi au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne un angle, ouvert en dehors, que la contracture du tendon, amenée par le léger degré d'arthrite concomitante de cette articulation, tendait de plus en plus à rendre aigu.

Mais je le répète, c'est là un cas particulier; car, comme le faisait remarquer M. Kirmisson, c'est chez des vieux alcooliques, des rhumatisants chroniques, des artério-scléreux que nous trouvons cette lésion, bien plus fréquente à l'hôpital que chez les gens du monde. Cependant, je ne dirais pas que chez ces derniers elle soit absolument rare, car j'en ai un certain nombre à soigner dans ma clientèle.

M. Picqué. — J'ai dû bien mal m'expliquer, puisque M. Kirmisson me prête une opinion qui n'est pas la mienne, et dont je me suis défendu d'ailleurs dans mon exposé. J'ai dit que si la théorie articulaire s'appliquait à la majorité des cas, elle ne pouvait les expliquer tous.

Avec beaucoup de franchise, notre collègue déclare le résultat mauvais; certes, il n'est pas parfait au point de vue esthétique, mais le malade semble satisfait du résultat.

Je remercie enfin mon collègue Reynier des observations qu'il a présentées sur mon cas; mais je ne puis lui répondre aujourd'hui car mon attention n'a réellement pas été portée de ce côté.

M. Kirmisson. — Je n'ai pas prétendu que le cas de M. Picqué fût mauvais. J'ai dit simplement qu'il ne répondait pas au résultat que nous cherchons, à savoir la disparition de la saillie osseuse qui est, bien plus que la déviation du gros orteil, la cause des douleurs.

Le malade de M. Picqué est satisfait, c'est tout ce que nous devons désirer.

Présentation de malade.

Kyste sanguin paranéphrétique.

M. Walther. — La malade, âgée de vingt-deux ans, a été transportée d'urgence dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, le 5 février dernier à 11 heures du matin, pour des accidents graves ayant débuté la veille à 7 heures du soir. Après une purgation d'aloès et de séné, une douleur violente avait brusquement éclaté, occupant tout le côté droit du ventre, douleur dont l'intensité avait toujours été en augmentant; vers la fin de la nuit, quelques vomissements; pas de garde-robes, émission de quelques gaz.

C'est à grand'peine que l'on pouvait obtenir ces renseignements, la malade, dans un état d'agitation, d'angoisse extrêmes, ne répondant que très difficilement. Je la vis immédiatement après son entrée. Voici ce que je constatai alors : une pâleur extrême, une décoloration absolue des téguments et des muqueuses, sans facies grippé ; une douleur très vive dans tout le flanc droit et surtout dans la fosse iliaque. Tout ce côté droit du ventre semblait présenter une voussure, mais la palpation était impossible à cause de la contracture intense des muscles de l'abdomen. A la percussion, on constatait de la matité dans tout le côté droit depuis le foie jusqu'à la fosse iliaque. Pouls petit, mais régulier à 116. Température vaginale, 38 degrés.

Mes internes, qui avaient avant moi examiné la malade, avaient pensé à une appendicite. Le facies, la présence de cette voussure ne répondaient guère à une appendicite datant de seize heures. Cependant la violence de la douleur et sa localisation pouvaient faire penser à un réveil d'une appendicite méconnue, à une nou-

velle poussée dans un foyer ayant évolué jusque-là sans réaction.

Quoi qu'il en soit, je fis endormir la malade pour pouvoir pratiquer une exploration plus complète de l'abdomen et intervenir s'il y avait lieu. Dès que la paroi abdominale fut relâchée, la tuméfaction se dessina nettement; elle occupait le flanc droit, tout l'espace costo-iliaque, emplissait la fosse lombaire, pointant plus en avant qu'elle ne saillait en arrière; tumeur régulière, de consistance uniforme, rénitente. Le toucher vaginal montra l'intégrité du petit bassin.

Dans ces conditions, je pensai à une crise de rétention rénale avec distension considérable et je différai l'intervention.

Le soir, la malade n'avait que 37°9; la douleur avait été calmée par la morphine.

Le lendemain 6, température 37°2; pouls bien frappé, 90. La malade a rendu 500 grammes d'urine trouble. L'état général est meilleur, la douleur beaucoup moins vive. La tumeur semble toujours nettement rénale et paraît un peu moins tendue.

Le 7 février, l'état général est mauvais; température, 38 degrés; pouls, 120, petit. La malade a rendu, cependant, 1 litre d'urine absolument claire. La douleur n'est pas très vive, mais la tumeur semble plus tendue.

En présence de cette aggravation, et sans diagnostic précis, puisque le rein ne semble plus être en cause, je me décide à intervenir immédiatement.

La malade endormie, je l'examine de nouveau pour tâcher de mieux préciser le siège de la tumeur. Le foie ne déborde pas les fausses côtes; il existe une zone nette de sonorité entre le foie et la tumeur. Celle-ci occupe la fosse lombaire, mais pointe toujours en avant dans l'abdomen; elle descend jusqu'à la fosse iliaque et remonte jusqu'au-dessous du foie.

Incision de néphrotomie à queue oblique en bas et en dehors; après avoir traversé le plan musculo-aponévrotique, je découvre dans la fosse lombaire une tumeur volumineuse, de teinte foncée qui semble bien être un rein énormément dilaté; en cherchant à décoller avec le doigt, je déchire la paroi mince d'une poche qui donne issue à une grande quantité de caillots et de sang noir, puis de sang rouge. (On a recueilli 450 grammes de sang et de caillots; il y en a eu une certaine quantité perdue.) La cavité, vidée de son contenu, siège nettement en arrière du péritoine; elle remonte en haut jusqu'à la face inférieure du foie. La paroi de la poche qui existait en arrière et que j'ai déchirée avec le doigt est largement ouverte en avant et en haut; on ne trouve là que des lambeaux de cette membrane mince et friable. En nettoyant la cavité, je trouve le rein refoulé en bas et portant sur

son pôle supérieur des débris de membrane très adhérents. Tous ces débris sont partout enlevés le mieux possible; quelques-uns adhèrent à la face inférieure du foie. Il n'y a nulle part d'hémorragie; pas un pédicule, pas une artère volumineuse à pincer. Trois gros drains, enveloppés d'une tente de gaze stérilisée, sont placés dans la cavité.

Je passe sur les suites qui ont été simples; la réparation de la cavité s'est faite assez rapidement; l'état général s'est relevé plus lentement, à cause de l'anémie profonde. Aujourd'hui, comme vous le voyez, il est excellent; la malade a repris de l'embonpoint, elle est même colorée.

L'examen histologique des fragments de la paroi que j'ai pu recueillir a été fait par mon interne M. Maber; elle est uniquement constituée par du tissu fibro-conjonctif sans aucune trace d'épithélium ni de capsule surrénale en aucun point.

Il s'agit donc là d'un kyste sanguin siégeant au-dessus du rein et très probablement d'un hématome enkysté.

J'ai recherché avec le plus grand soin dans les antécédents de la malade l'existence d'un traumatisme; je n'ai absolument rien trouvé. Mais ce qui domine dans toute son histoire, c'est cette anémie extrême qui avait toujours été en s'accentuant.

Depuis très longtemps, elle avait le côté droit plus faible. Il lui était impossible de soulever du bras droit un objet très pesant. Elle éprouvait alors, non une douleur, mais une sensation de faiblesse dans le côté droit.

Il y a quatre ans, elle a été soignée à l'Hôtel-Dieu pour de la chloro-anémie. On a porté à ce moment le diagnostic de rétrécissement mitral et on lui a même fait prendre de la digitale. Je dois dire que nous n'avons jamais trouvé qu'un souffle anémique qui a aujourd'hui disparu.

Le 1er janvier dernier, elle est réveillée au milieu de la nuit par une crampe dans la jambe droite; elle se lève, a un étourdissement et tombe sans connaissance. Le lendemain, elle se lève sans éprouver aucune douleur.

Quatre jours plus tard, en marchant, elle a une nouvelle perte de connaissance, toujours sans aucun accident consécutif.

Le 4 février, elle ressent des douleurs un peu partout, dans le ventre, dans les membres. Comme à ce moment elle a de la constipation, elle prend un purgatif de séné et d'aloès, et c'est alors qu'éclate la douleur atroce du côté droit pour laquelle on la transporte d'urgence à l'hôpital.

L'histoire, vous le voyez, est aussi obscure que la nature même de la lésion.

Il est certain que la poche sanguine existait depuis un certain

temps, peut-être depuis longtemps. Les deux syncopes du mois de janvier sont-elles en rapport avec une nouvelle hémorragie dans la cavité kystique? cela est possible. Ce qui me paraît certain c'est que la rupture de la poche a eu lieu le 4 février, au début des accidents aigus; c'est que cet état d'anémie si profonde semble avoir été entretenu par cette poche sanguine, car la malade aujourd'hui a repris ses couleurs et elle se sent plus forte et plus valide qu'elle ne l'a été depuis plusieurs années.

J'ai pensé que ce fait, que je crois tout à fait exceptionnel, pourrait offrir un certain intérêt; c'est pourquoi je vous ai présenté cette malade.

M. Brun. — J'ai opéré un petit malade dans des conditions à peu près identiques à celles du malade de M. Walther. Il avait un hématome pararénal dont je n'ai pu trouver la cause.

J'avais diagnostiqué un sarcome du rein et j'avais fait auprès de la famille toutes les réserves que comporte ce diagnostic. Je suis tombé sur une tumeur lisse et régulière constituée par une poche remplie de sang; je l'ai marsupialisée et le malade a guéri.

M. Walther. — La cause de l'hématome enkysté que j'ai observé, m'a échappé comme à M. Brun.

Présentations de pièces.

Débris d'un appendice.

M. Moty. — J'ai l'honneur de présenter à la Société les débris d'un appendice provenant d'un chirurgien heureusement opéré par notre collègue Sieur; cette pièce n'a rien de particulièrement intéressant en elle-même, mais l'observation qui l'accompagne ayant été recueillie jour par jour par le malade lui-même mérite d'être publiée. Je la résume en quelques mots : Appendicite évoluant pendant dix ans sans être reconnue; et quand, après une poussée péritonitique légère, le malade reconnaît lui-même son mal, il ne rencontre que du scepticisme chez la plupart de ses collègues. Opéré sur ses instances réitérées, on le trouve porteur d'un appendice atrophié, coudé, très adhérent et pour ainsi dire enfoui dans un méso rouge fortement tuméfié, et la première parole de M. Sieur après l'ouverture de l'abdomen est « Oh! M. X... avait raison. »

Voici d'ailleurs l'observation que le patient a rédigée lui-même et dont j'assume la responsabilité en lui laissant l'anonyme qu'il désire conserver.

Anto-observation d'appendicite chronique. — Dr X..., cinquante-quatre ans, — plusieurs poussées de rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance, — dyspepsie de 1874 à 1882, plusieurs attaques de dysenterie dont une grave à Biskra en 1882, plusieurs atteintes de paludisme dont une fièvre rémittente grave à Lang-Son en 1887 suivie d'impaludisme tenace, attaque de grippe bénigne en janvier 1890 et deux atteintes de ténia, la dernière en 1887 au Tonkin. Urines normales.

Le premier symptôme apparent d'appendicite remonte au 30 septembre 1892. J'avais par hasard soigné ce jour-là quatre ou cinq cholériques atteints successivement en quelques heures dans un bourg de Normandie; en rentrant à Paris dans la soirée, je fus pris de violentes coliques et de diarrhée profuse sans algidité; tout se calma vers le matin, mais je restai convaincu que j'avais été influencé par la constitution médicale régnante.

Cependant, à partir de cette époque, je restai sujet à des troubles intestinaux fréquents et inexplicables et présentai bientôt une hémisudation du côté droit de la face et du crâne, sans troubles sensitifs ni moteurs que j'eus l'occasion de faire remarquer à M. Hallopeau en 1893.

Aucun changement notable jusqu'en 1898; je remarque seulement que mes jambes sont de plus en plus lourdes et que quelques varices apparaissent au genou droit; que je deviens sujet à des sueurs nocturnes modérées; dans le cours de l'été, je rends une petite quantité de sang grisâtre à la fin d'une selle; je reste songeur, je me palpe soigneusement l'abdomen et ne trouve rien; cette perte ne se renouvelle pas; je cesse d'y penser. Mictions nocturnes fréquentes à la même époque.

Rien à noter de 1898 à 1901. Cette dernière année, je suis atteint d'empyème du sinus maxillaire droit, suite de carie du collet de la première grosse molaire supérieure du même coté, enlevée le 22 juin. Les troubles intestinaux sont plus accusés surtout en août; alimentation très sommaire; usage continu du sous-nitrate de bismuth.

Dans la nuit du 3 au 4 septembre je suis éveillé par une violente douleur abdominale avec algidité et nausées; la douleur diminue peu à peu et se localise dans la fosse iliaque droite, de sorte que tout à coup la lumière se fait dans mon esprit et que je me rends compte de la cause de tous mes malaises passés.

Une injection de morphine calme complètement la douleur et je me fais transporter à l'hôpital pour y être opéré séance tenante. Mais les collègues qui veulent bien m'examiner restent sceptiques à l'égard de mon diagnostic et me font observer qu'il n'y a aucune urgence à intervenir, ce dont je conviens sans difficuté, le pouls étant à 72 et la température à peu près normale. Seul, M. le médecin-major Sieur, professeur agrégé du Val-de-Grâce, qui pratique le lendemain le toucher rectal, accepte mon opinion sur la nature du mal, mais se range à l'avis

général sur la question d'intervention. Je dois donc me résigner à l'expectation qui objectivement paraît indiquée, j'en conviens, mais qui me fait subjectivement l'effet d'un ajournement inutile.

Après quarante-huit heures de diète, je recommence à m'alimenter très légèrement et sors de l'hôpital le 7 avec les jambes faibles et en conservant la sensation d'une douleur gravative faible mais constante dans le flanc droit; je prends quelques jours de repos sans ressentir aucune amélioration notable, la marche et les secousses des voitures continuant à me placer sous la menace d'une nouvelle poussée péritonéale. L'examen des selles au point de vue parasitaire est d'ailleurs négatif.

Pour en finir, je prie mon ami M. Jalaguier de vouloir bien m'examiner et me donner son avis; il y consent très aimablement et me dit : « Je suis assez conservateur, surtout à votre âge, mais il me semble que votre appendice vous jouera un mauvais tour; à votre place, je m'en débarrasserais. » Fort de son avis qui était le mien, je revins à la charge auprès des premiers consultants, et cette fois l'opération fut décidée.

Elle fut très habilement pratiquée sous le chloroforme par M. Sieur, dans la matinée du 26 novembre, avec le concours de MM. Gross, médecin principal, et Bonnet, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Réveil agréable, sensation de délivrance et de calme parfait; dans la soirée, vomissements très douloureux dans la ligne de suture; diète absolue; ni urines, ni gaz intestinaux.

Le 27, nuit assez bonne; sensation de fatigue, bronchite pénible à cause du retentissement de la toux sur les sutures; urines spontanées, petites traces de gaz intestinaux, un peu d'eau fraîche en boisson.

Le 28, amélioration; un peu d'appétit, bouillon; douleur brusque mais passagère du côté du cæcum.

Le 29, un peu de riz; douleurs de rate, pilules de sulfate de quinine.

Le 30, mieux sensible; lavement huileux déterminant quelques coliques, mais pas de selles.

Le 1er décembre, première selle peu abondante, mais non douloureuse, sur le bassin.

Le 2 décembre, selle abondante sur la chaise après un inutile essai sur le plat bassin.

Le 3, pas de selle.

Le 4, selle naturelle le matin, les douleurs cæcales diminuent.

Le 5, dixième jour, ablation des sutures, appétit franchement marqué, je passe la journée dans un fauteuil, ce qui me soulage beaucoup. Les vaporisations créosotées ont calmé la bronchite. Selle naturelle. Les urines, rares jusqu'ici, deviennent abondantes quoique toujours riches en acide urique.

Le 10, sortie de l'hôpital.

Le 11, poids : 62 kilogrammes.

Le 15, parti pour le Havre; arrivé à destination sans fatigue, mais toujours faible.

Le 31 décembre, court voyage dans le midi, bien supporté.

Le 3 janvier, poussée de colite avec selles abondantes. Poids : 65 kilogrammes avant la poussée; diète de vingt-quatre heures.

Le 9, poids : 63 kilogrammes; le 15, poids : 63 kilogrammes; je reprends mes fonctions; le 17, poids : 63 kilog. 900; le 24, poids : 65 kilog. 100.

Le 5 février, poids : 65 kilog. 500; le 22, poids : 66 kilogrammes.

En mars, le poids redescend à 63 kilogrammes et remonte à 63 kil. 500, point autour duquel il continue à osciller.

Le sous-nitrate de bismuth a été continué jusqu'en avril, mais depuis la fin de mars, les fonctions digestives sont normales; l'hémisudation de la face a disparu presque totalement dès le premier mois après l'opération; la faiblesse des jambes a cédé peu à peu et les varices elles-mêmes paraissent avoir plutôt diminué.

J'ajoute à cette observation que l'appendice, ouvert et examiné par moi cinq jours après l'intervention, ne contenait qu'une bouillie noirâtre confinée dans sa partie terminale indurée, dilatée et présentant deux ulcérations profondes de la muqueuse; le reste de l'organe était blanchâtre, notablement atrophié et rétréci vers son abouchement dans le cæcum; sous le microscope, le magma était presque exclusivement composé de houppes d'hématine. Des coupes bactériologiques très habilement faites dans le laboratoire de M. Metchnikoff sur la partie moyenne de la pièce montrent que les tuniques de l'appendice sont indemnes de microbes et à peu près intactes à ce niveau. On est donc en présence d'une de ces appendicites de cause obscure que l'on peut rattacher soit à la grippe, soit à des lésions anciennes dysentériques, dyspeptiques ou autres, sans être à même de démontrer rigoureusement la légitimité de cette filiation.

J'appelle en second lieu l'attention sur l'hémisudation du côté droit de la tête et du crâne, symptôme très incommode s'accentuant pendant l'été, mais persistant en toute saison et devenant apparent au cours des opérations et dans tous les locaux surchauffés. Ce symptôme ne s'explique guère que par une action réflexe; les pupilles sont restées normales.

En résumé, les seuls signes objectifs de la maladie pendant près de dix ans ont été les troubles digestifs avec selles souvent fétides et une fois sanglantes, l'hémisudation du côté droit de la tête et le développement de petites varices plus marquées à droite; les symptômes subjectifs étaient la fatigue générale, la lourdeur des jambes plus accusée à droite et avec tiraillements au haut de la cuisse, de fréquentes coliques sans cause apparente et sans localisation précise; on voit combien le diagnostic était difficile dans ces conditions.

Les formes bénignes latentes de l'appendicite sont généralement

admises aujourd'hui, mais, en présence des résultats de plus en plus favorables des interventions, il y aurait intérêt à déceler de bonne heure ces formes dont il est impossible de déterminer exactement la gravité et qui portent les plus sérieuses atteintes à l'activité physique et intellectuelle des malades. Si, mis en éveil par l'ensemble de ces symptômes, j'avais pratiqué le toucher rectal dans les premiers stades de la maladie, j'aurais peut-être provoqué la douleur localisée et perçu la sensation si nette d'engorgement qui ne manquent presque jamais dans les foyers d'adhérences profonds, ainsi que l'a remarqué Jalaguier.

Un diagnostic précoce, c'était dix ans de malaises épargnés à mon malade, et c'est pour cela que j'accorde tant d'importance aux symptômes à distance dont je n'ai compris la signification qu'après coup.

On ne sera pas surpris de la persistance de quelques troubles intestinaux après l'opération si l'on n'a pas perdu de vue que la maladie datait de dix ans, et si l'on remarque que le chirurgien doit nécessairement lier le méso, quand il est isolable, en plein tissu morbide, et qu'il laisse ainsi derrière lui un foyer inflammatoire remontant plus ou moins haut dans le méso du cæcum et dans les lymphatiques voisins.

Hernie inguinale gauche du cæcum. Sac complet.
Cure radicale après appendicectomie.

M. Potherat. — Ce n'est pas pour lui-même que je vous présente cet appendice long et gros, relié à un méso épaissi, chroniquement enflammé et surtout chargé de graisse. En effet, ces lésions sont aujourd'hui d'une parfaite banalité.

Ce qui est plus digne d'intérêt c'est les conditions dans lesquelles j'ai enlevé cet appendice. Il s'agissait d'un homme de cinquante ans, entré dans mon service de la Maison municipale de santé pour une hernie inguinale, dont il me demandait la cure radicale. Cette hernie, ancienne, n'avait jamais été maintenue par un bandage, et elle avait pris un tel développement qu'au premier examen on pouvait affirmer qu'elle devait contenir une quantité importante des viscères intestinaux; car elle avait un volume notablement supérieur à celui d'une forte tête d'adulte. Elle ne pouvait être réduite même partiellement, non à cause de ses adhérences que rien ne faisait par ailleurs prévoir, mais plus probablement en raison même de son volume. Elle était partout sonore à la percussion.

Rien dans l'état général de cet homme n'étant de nature à aggraver un pronostic opératoire, j'accédai à son désir et je l'opérai, il y a huit jours.

Je tombai d'abord sur une masse considérable d'intestin grêle, non adhérent, que je réduisis facilement et peu à peu, après élargissement de l'orifice pariétal de l'abdomen : bientôt il avait en totalité disparu et j'arrivai sur une masse intestinale toute différente d'aspect et qu'à ses franges et ses bandes musculaires il était facile de reconnaître pour le gros intestin. Il occupait la partie supérieure et interne du sac. Je pus rapidement en faire le tour complet avec mon doigt et constater par conséquent qu'il était libre et que le sac, indépendant, était partout continu.

Mais en faisant ce tour autour de l'intestin, je ramenai à moi l'appendice que voici : c'était le cæcum.

Le cæcum était donc dans une hernie avec sac complet, fait assez fréquent qu'il est bon de noter en passant. Mais ce qui fait la particularité du cas présent, c'est qu'il s'agissait d'une hernie inguinale du côté *gauche*.

Les faits de hernie inguinale gauche contenant le cæcum ne sont pas absolument rares, ainsi qu'on peut s'en rendre compte à la lecture de la thèse de mon ami le Dr Merigot de Treigny (Paris 1887) ; cependant ils sont assez exceptionnels pour qu'on les signale en y insistant. On a invoqué pour les expliquer une transposition des viscères ou tout au moins du cæcum qui occuperait la fosse iliaque gauche. Il n'en est pas habituellement ainsi dans la plupart des observations qu'on a publiées ; il n'en était pas ainsi dans notre cas. Le cæcum était rattaché à un long méso péritonéal et vasculaire qu'on rendait très évident par la traction et qui manifestement se portait de gauche à droite. Il est donc bien probable que le cæcum, rattaché à des ligaments très allongés, avait pu venir de droite à gauche ; très certainement, il ne venait pas de la fosse iliaque gauche. Le Dr Ducatte dans sa thèse (Ptoses du gros intestin, Paris 1899), affirme que la hernie du cæcum se fait par insuffisance de son ligament suspenseur, ce qui est généralement admis ; il ajoute qu'elle est secondaire à la hernie du côlon ascendant, qui est primitive. Le côlon ascendant tomberait en premier dans le bassin, entraînant peu à peu, grâce à son poids, l'allongement, l'amincissement l'insuffisance du ligament suspenseur du cæcum. Cette pathogénie de la hernie du cæcum est ingénieuse ; elle est sujette à controverse. Le cas actuel ne peut apporter aucun argument dans la question ; certes le ligament suspenseur du cæcum avait subi un allongement considérable, et par suite ne pouvait plus fixer l'organe dans la fosse iliaque droite ; mais de tout le gros intestin il était seul dans le sac

herniaire inguinal gauche ; je ne puis donc savoir si le côlon ascendant avait subi une ptose à proprement parler ou s'il avait seulement changé sa position par le fait du déplacement du cæcum.

La cure radicale, le cæcum réduit, put être effectuée sans difficultés, et comme à l'ordinaire. Pour éviter la formation d'une poche où des liquides (sang on lymphe) auraient pu facilement s'accumuler, je réséquai une très grande étendue des parois cutanées et celluleuses qui recouvraient la hernie. Ce malade, opéré il y a huit jours, n'a présenté jusqu'ici aucun accident ; il est allé à la garde-robe, il mange, sa température est normale ; il peut donc être considéré comme guéri.

Le Secrétaire annuel,

P. BAZY.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 7 MAI 1902

Présidence de M. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Guinard. — Dans la dernière séance, M. Potherat nous a présenté un appendice malade qu'il a trouvé dans une hernie inguinale gauche. Ce qu'il a fait ressortir dans son observation, c'est la présence de la hernie à gauche. J'y ai trouvé pour ma part la confirmation de ce que j'ai dit dans le *Traité de chirurgie*, à l'article « Appendicite », sur les rapports de l'appendice cæcal avec les hernies. J'ai inspiré à M. le Dr de Pindray, une thèse sur ce sujet.

Il s'agit de malades qui portent depuis longtemps une hernie à droite, pour laquelle ils n'ont jamais voulu se faire opérer ; ils viennent trouver le chirurgien parce qu'ils ont des douleurs dans la région herniaire, et ils attribuent ces douleurs à la hernie. Si le chirurgien ne pousse pas son interrogatoire du côté des symptômes abdominaux, il se borne à faire la cure de la hernie, et le malade continue après l'opération à souffrir de son appendicite chronique qui était seule en cause. Il y a trois semaines, je voyais un malade qui venait ainsi me demander de le débarrasser d'une hernie inguinale droite dont il souffrait « depuis quelque temps ». Je fis remarquer aux élèves qu'il fallait toujours en pareil cas interroger le malade sur son passé appendiculaire. Nous apprîmes

alors que M. Monod l'avait soigné, il y a trois ans, pour une crise aiguë d'appendicite. Et de fait l'opération montra que la hernie contenait un appendice malade semblable à celui que nous a présenté M. Potherat. De plus il était oblitéré sur deux centimètres de son extrémité terminale, ce qui indiquait manifestement la présence d'une appendicite chronique. Le malade a quitté guéri mon service, il y a deux jours.

Dans d'autres observations que j'ai publiées (thèse de de Pindray), l'appendice n'était pas dans la hernie, et j'ai dû prolonger l'incision herniaire pour aller dans le ventre enlever l'appendice malade.

D'ailleurs une erreur inverse peut se produire, et je viens d'en observer une bien significative. Une femme de quarante-neuf ans portait depuis de longues années une hernie crurale irréductible à droite. Elle était soignée en ville par deux cliniciens très connus, dont un de nos maîtres des hôpitaux, pour des crises d'appendicite qui jusque-là s'étaient toujours terminées par la résolution sans qu'il y ait eu besoin d'intervenir. Elle avait toujours refusé l'opération à froid. Depuis cinq jours « une nouvelle crise » d'appendicite s'était déclarée, et cette fois, les accidents s'aggravant au lieu de s'amender, on pensait à une intervention. Je pensai plutôt qu'il s'agissait d'une hernie étranglée, et l'opération faite immédiatement, le 20 janvier 1902, me mena sur une anse d'intestin grêle sphacélée à l'anneau. Je fis une suture intestinale circulaire pour l'invagination et j'enlevai ensuite un appendice sclérosé et en partie oblitéré. La malade a guéri sans aucun incident.

Je crois donc qu'il faut au point de vue pratique avoir présents à l'esprit les rapports possibles de l'appendicite avec les hernies.

Dans les conclusions de la thèse de de Pindray, je ne parlais que des hernies droites.

L'observation de M. Potherat montre qu'il faut aussi penser à l'appendice quand la hernie siège à gauche.

M. Potherat. — A un point de vue général les observations que vient de formuler mon ami Guinard sont très justes, et je partage entièrement les idées qu'elles traduisent. J'ai présenté ici même un fait au moins analogue à ceux que rappelle Guinard ; j'ai plusieurs fois trouvé dans des hernies inguinales un appendice malade, dont l'inflammation avait donné naissance à des accidents douloureux que le malade rapportait à sa seule hernie, et pour lesquels il avait réclamé l'opération.

Ceci dit, et pour en revenir à mon cas, il ne s'agit pas ici d'une appendicite. Sans doute, l'appendice était un peu gros, son méso était épaissi, mais il n'y avait là ni douleur ni inflammation. Le

malade, qui est professeur de musique, me demanda l'opération pour se débarrasser d'une infirmité des plus gênantes au point de vue esthétique, rien de plus.

M. Nimier. — J'ai eu l'occasion d'opérer une hernie inguinale gauche étranglée dans laquelle se trouvaient le cæcum et l'appendice; ce dernier n'était pas particulièrement enflammé.

M. Cahier. — J'ai opéré il y a une quinzaine de jours un malade atteint de hernie inguinale droite douloureuse qui avait déjà présenté à plusieurs reprises quelques accidents douloureux. Le sac, large, était vide, mais présentait à sa partie supérieure une petite masse grisâtre que j'attirai au dehors et qui était l'appendice et le fond du cæcum. L'appendice était rouge, en érection, sans adhérence; il contenait dans son intérieur, comme le démontra son ouverture, après résection, de la matière fécale. La position déclive de l'organe est, probablement, la cause de la congestion qu'il présentait.

Rapport.

Sur les ganglions prévésicaux, par M. Gérota.

Rapport par M. BAZY.

Le 26 juillet 1899, je vous communiquais une note sur l'existence de ganglions lymphatiques dans la cavité de Retzius. C'est après avoir constaté à quatre ans d'intervalle ces ganglions dans le tissu cellulaire prévésical que je vous avais fait cette communication.

Quelques jours après, M. Gérota, anatomiste très connu pour ses travaux sur les lymphatiques, et qui a même imaginé une méthode d'injection pour ces lymphatiques, envoyait une note pour nous faire savoir qu'il avait décrit et figuré ces lymphatiques.

M. Pasteau, dans sa thèse (1898, p. 32), les décrit sous le nom de ganglions vésicaux antérieurs.

Il y revient encore dans un travail lu à l'Association française d'urologie, 1899, p. 383.

En résumé, j'ai vu ces ganglions pathologiquement développés dans la cavité de Retzius et non sur les parois de la vessie comme

l'a vu M. Gérota et comme l'a décrit, d'après M. Gérota, M. Pasteau. J'ai vu deux ganglions en 1895. M. Gérota les décrit en 1896. J'en retrouve un en 1899 et alors je les signale. La seule différence entre l'anatomiste et moi, c'est que l'anatomiste paraît les décrire comme accolés à la paroi antérieure de la vessie, tandis que ceux que j'ai vus n'étaient pas accolés à la vessie.

On ne les avait pas décrits encore au point de vue anatomo-pathologique; l'anatomie normale est venue une fois de plus confirmer les trouvailles de l'anatomie pathologique.

En tout cas, et que ces ganglions aient été ou non décrits avant ou après la constatation opératoire, il était intéressant de signaler cette particularité clinique et anatomo-pathologique.

Ganglions du pénis. — A ce propos, permettez-moi de vous signaler l'existence d'un ganglion de la verge que j'ai trouvé sur la face latérale droite de la verge vers la racine, mais à un cent., et demi au moins de ce dernier point.

Ce ganglion accompagnait un épithélioma du gland, qui a nécessité l'amputation de la verge.

En même temps que ce ganglion j'en ai trouvé un autre, pré-pubien.

Ce ganglion pré-pubien est connu depuis longtemps. Küttner en parle dans un travail sur le mode de la propagation et le pronostic du cancer de la verge, lu au Congrès allemand de chirurgie (1899), *Revue de Chirurgie*, 1899; mais il n'est pas question dans son travail de ganglions situés sur la verge.

Celui que j'ai trouvé était sous-cutané, situé dans le tissu cellulaire lâche qui unit la peau aux corps caverneux, et avait le volume d'un petit pois.

On pouvait se demander si cette petite masse n'était pas constituée par la confluence de troncs lymphatiques formant là un réseau. Mais l'examen microscopique fait par le Dr Decloux au laboratoire de M. Brault ne laisse aucun doute : il s'agit bien d'un ganglion lymphatique.

J'ai soumis le cas à MM. Cunéo et Marcille qui ont une compétence très grande en matière d'injections lymphatiques : ils n'ont pas trouvé de ganglions dans ce point.

Examen d'un ganglion pénien, par M. L. Decloux.

L'examen du fragment de ganglion, après fixation à l'alcool, nous a montré les détails suivants :

Toute la partie centrale est envahie par des bourgeons cancéreux, qui se sont substitués au tissu normal; une série de tractus conjonctifs circonscrivent un grand nombre de logettes, remplies de cellules polymorphes, irrégulières, présentant de nombreuses figures de karyokinèse;

mais, par places, ces cellules tendent à se disposer concentriquement; elles prennent la disposition en bulbe d'oignon caractéristique et circonscrivent un nodule central absolument typique de globe épidermique.

Ce n'est qu'à la partie périphérique du fragment qu'on peut constater l'existence d'une paroi fibreuse, circonscrivant dans ses mailles des petites cellules arrondies, du type lymphocyte. Par places, ces amas sont un peu plus volumineux et permettent d'affirmer que l'on se trouve en présence d'une coque ganglionnaire, repoussée par l'envahissement des cellules épithéliales, mais rétractée aussi sous l'iufluence du fixateur.

Il s'agit donc à n'en pas douter d'un fragment de ganglion, envahi par une néoplasie cancéreuse du type épithélioma pavimenteux lobulé.

C'est aussi l'avis de M. Brault qui a examiné les préparations.

Il peut donc exister sur la verge un ganglion lymphatique qui peut se développer sous l'influence d'une infection microbienne ou cancéreuse.

Communications.

Fente congénitale de la narine droite chez une petite fille de deux ans,

par M. E. KIRMISSON.

J'ai eu l'occasion d'observer il y a quelque temps dans mon service une division congénitale de la narine droite chez une petite fille de deux ans. Ce cas doit être d'une rareté extrême; du moins, je n'en connais pas de semblable qui ait été signalé; je n'en ai trouvé ni dans von Ammon, ni dans Ahlfeld; notre collègue, M. Lannelongue, que j'ai interrogé à ce sujet, m'a dit n'en pas connaître non plus. C'est ce qui m'engage à vous communiquer cette très courte observation.

L'enfant Marcelle D... appartient à des parents bien portants et bien conformés; ils ont un autre enfant bien conformé également. Chez notre petite malade, tout se borne à la malformation de la narine droite que nous allons décrire. L'enfant est d'ailleurs en excellente santé. Elle est née à terme, après une grossesse normale. Elle porte, au niveau de la narine droite, une fente qui, dans son ensemble, affecte la forme d'un triangle à base inférieure. Toutefois, cette fente peut se décomposer en deux parties, une inférieure plus large, mesurant 4 à 5 millimètres de hauteur,

et une supérieure étroite, d'une hauteur à peu près égale, qui se porte obliquement vers l'angle interne de l'œil. En même temps que cette fente de la narine, la base du nez présente un épaississement considérable portant uniquement sur les parties molles; il semble qu'il s'agisse là d'un lymphangiome. Le lobule du nez contraste avec l'épaississement de sa base; il semble légèrement effilé. Il n'existe aucune autre malformation concomitante; les lèvres et la voûte palatine sont normalement conformées; il en est de même de la paupière inférieure et des voies lacrymales ; il n'existe pas de larmoiement. Le squelette du nez est normal.

Je n'essaierai ici aucune interprétation pathogénique de ce fait dont l'embryologie ne nous fournit pas l'explication. Je me contente de le signaler à cause de sa rareté extrême.

J'ai procédé à la réparation de la façon suivante : J'ai circonscrit avec le bistouri l'aile du nez que la fente de la narine avait rejetée en haut et en dehors; je lui ai imprimé un mouvement de rotation autour de son pédicule, et je suis venu l'appliquer sur la cloison des fosses nasales préalablement avivée. L'avantage de cette manière de faire a été de me fournir un orifice nasal partout bordé d'un revêtement épidermique, et qui ne fût pas exposé à s'oblitérer secondairement. La mobilisation de ce lambeau a nécessairement créé au-dessus de lui une perte de substance. J'avais pensé tout d'abord que, pour la combler, il serait nécessaire d'avoir recours à la formation d'un lambeau secondaire, mais la chose n'a pas été nécessaire. La mobilité des tissus s'est montrée suffisante pour qu'après avivement je pusse les amener au contact et ainsi combler entièrement la perte de substance.

Le résultat obtenu est satisfaisant; toutefois, il laisse à désirer, en ce que l'orifice nasal de nouvelle formation est plus étroit que son congénère, et la pointe du nez contraste avec sa base qui conserve cet empâtement hypertrophique que nous avons précédemment signalé.

De l'adénopathie mésentérique, dans les appendicites aiguës toxi-infectieuses.

par M. QUÉNU.

Les chirurgiens pour lesquels le diagnostic d'appendicite aiguë comporte nécessairement l'intervention immédiate et qui acceptent la formule de M. Dieulafoy, qu'au point de vue clinique

et en face du traitement, l'*appendicite est une et indivisible*, ces chirurgiens trouveront peu d'intérêt aux tentatives de sélection entre les cas qui peuvent attendre et ceux qui commandent d'agir de suite. Je pense cependant que là peut être la vérité et qu'il ne faut adopter d'une façon absolue ni la thèse simpliste des interventionnistes à outrance ni celle des abstentionnistes systématiques. Je n'ai pas l'intention de passer en revue les diverses formes cliniques et anatomiques de l'appendicite aiguë et veux me borner à quelques remarques sur le diagnostic de l'appendicite infectieuse et gangréneuse.

Aucune forme n'est plus traîtresse et ne donne lieu à des accalmies plus trompeuses; aucune forme n'est d'un pronostic plus immédiatement menaçant, c'est elle qui en moins de vingt-quatre heures donne lieu à ces péritonites diffuses ou mieux à ces septicémies péritonéales toxi-putrides au-dessus de toute thérapeutique chirurgicale. Je pense ne pas être contredit en déclarant que si le diagnostic d'appendicite gangréneuse pouvait être donné sinon comme certain, du moins comme probable, toute hésitation disparaîtrait et la parole passerait immédiatement au chirurgien.

Les appendicites suppurées perforantes sans gangrène, toutes graves qu'elles soient, ne comportent pas un pronostic aussi noir que les appendicites avec gangrène, même non encore perforées; c'est affaire de virulence du contenu septique de l'appendice qui filtre à travers des parois mortes aussi bien qu'à travers un trou. Un assez grand nombre d'appendicites non gangréneuses ont été opérées avec succès quelques heures après la perforation; j'en ai moi même à mon actif un cas que j'observai cinq heures après l'heure probable de la perforation (1), et je ne parle ici, bien entendu que de la perforation se faisant dans la cavité péritonéale, sans enkystement aucun.

J'admets que la gangrène résulte de conditions variables et en première ligne de l'intervention des anaérobies. J'admets encore que la gangrène, partielle ou totale, n'est pas toujours primitive et qu'elle peut terminer une variété quelconque d'appendicite, telle qu'une appendicite suppurée enkystée. Dans ce cas (gangrène secondaire) nous aurons affaire à un abcès gangréneux, grave lésion, mortelle souvent, malgré l'incision et la désinfection à l'eau oxygénée, mais curable.

J'ai opéré à l'hôpital Cochin, le 16 juin 1898, un malade de

(1) A cinq heures, douleur vive, violente, au cours d'une appendicite aiguë, élévation brusque du pouls et de la température. Opération à 9 heures, appendice perforé sans adhérences et sans gangrène.

vingt-sept ans qui, après trois crises antérieures, fit à la quatrième un foyer rétro-cæcal; j'intervins le lendemain de l'entrée à l'hôpital et arrivai sur un foyer enkysté à parois gangrenées.

Le lendemain 17, la température qui était à 39°4 tomba à 37°4 et le pouls revint de 120 à 90; mais l'après-midi du même jour, le pouls redevint fréquent, la température restant basse. Le ventre était indolent et plat.

Devant l'asthénie profonde du malade, on appela le chirurgien de garde qui fit une laparotomie sans rien découvrir autre chose qu'une anse grêle un peu rouge.

La mort survint le 19, dans le collapsus, le pouls étant à 145, la température à 36°6.

A l'autopsie on constata indépendamment du foyer cæcal, l'existence d'un foyer sphacélé, le long du côlon ascendant.

Le psoas et le carré des lombes étaient sphacélés. L'appendice était de position ascendante et paraissait sain dans toute son étendue sauf à son extrémité dont le dernier centimètre sphacélé offrait une perforation s'avançant dans le foyer latérocolique.

Un gros ganglion s'observait à l'angle iléo-colique; de gros ganglions enflammés saillaient dans le mésentère. Aucune altération des radicules de la veine porte; foie sain; intégrité de la grande cavité péritonéale (1).

Si je me reporte à l'observation de la dernière crise qui entraîna la mort, je lis que cinq jours avant l'entrée, la crise débuta par de très violentes coliques ayant leur maximum dans la fosse iliaque droite, et par des vomissements, sans fièvre marquée. Nous manquons de détails sur l'observation des premières heures, nous ne vîmes le malade que le sixième jour, et déjà le facies était terreux, la dépression des forces extrêmement accentuée.

Dans un second cas (hôpital Cochin, 1899), je traitais un maître d'étude du collège Chaptal, auquel un an auparavant j'avais ouvert un abcès péri-appendiculaire, sans réséquer l'appendice; il fut pris de douleurs violentes prédominantes au point de Mac Burney, mais non localisées; je le fis transporter dans mon service où je l'opérai en présence du Dr Cottin; je trouvai un abcès gangreneux, enkysté, dans lequel l'appendice lui-même, mortifié, fut réséqué; la guérison survint sans trop de péripéties.

Dans un troisième cas, je fus appelé l'an dernier à Chaumont, un lundi soir par mon ami le Dr Robert auprès d'un malade dont l'attaque d'appendicite remontait déjà à trois ou quatre jours. Le pouls était au-dessous de 100 la température inférieure à 38. Mais le malade offrait l'aspect d'un déprimé, d'un affaissé, presque

(1) Autopsie et observation rédigées par M. P. Duval, interne du service.

d'un typhique. De plus, il avait, sans avoir absorbé aucun purgatif, continuellement de la diarrhée. Je portai un pronostic très réservé et fis l'opération le mardi. Je trouvai l'appendice gangrené au milieu d'un foyer gangrené mal limité, et sans adhérences défensives notables. Après résection de l'appendice, les parois sphacélées furent minutieusement lavées ou plutôt touchées avec des compresses trempées dans l'eau oxygénée jusqu'à ce que toute coloration verdâtre eut disparu, large drainage. Une amélioration passagère de quarante-huit heures suivit l'intervention, puis l'affaiblissement reparut et le malade succomba dans le collapsus.

Dans toutes ces observations et dans d'autres encore dont le souvenir m'est moins précis, je ne fus appelé que tardivement, j'entends par là après le troisième jour, et non seulement l'appendice, mais les tissus voisins, soit les parois d'un foyer, soit le péritoine à distance participaient au sphacèle.

Il n'en fut pas de même dans une observation toute récente où je pus observer le malade moins de vingt heures après le début de la crise et où il s'agit bien d'un cas de gangrène primitive de l'appendice.

J'examinai, en consultation avec le Dr Vicente le 7 mars dernier (1902), un enfant de sept ans qui, trois ou quatre mois auparavant, avait déjà présenté deux petites crises courtes et très légères.

Dans la nuit du 6 au 7 mars, l'enfant vomit son dîner et vers trois heures du matin fut pris de douleurs vives dans le ventre qui s'accentuèrent surtout de trois à six heures du matin et s'accompagnèrent de vomissements bilieux.

Le Dr Vicente vit l'enfant le 7 au matin, et trouva comme température axillaire, 38 degrés ; comme pouls, 104. Il existait des douleurs spontanées et un maximum de douleurs à la pression, très manifeste au point de Mac Burney, mais notre confrère avait très bien remarqué et noté des irradiations à gauche de la ligne médiane et vers la fosse iliaque gauche. Glace sur le ventre. Diète hydrique. A dix heures, vomissement vert.

J'examinai l'enfant à trois heures et demie, il était assis sur son lit, assez gai et en train de jouer, il n'offrait plus de douleurs spontanées : lorsqu'on explorait le ventre, on trouvait une douleur excessivement vive dans tout le côté droit avec défense musculaire, le ventre était encore douloureux sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic, au-dessus de lui et jusque vers l'hypogastre ; de la sensibilité vive se constatait encore au niveau du droit gauche de l'abdomen, mais le flanc gauche était tout à fait indolent à la pression ; la sécrétion urinaire était amoindrie. Pas

d'émission de gaz dans la journée, aucun ballonnement, pouls à 106, un peu variable. Température axillaire 38.

La rapidité d'évolution, la légère altération des traits, mais surtout la diffusion de la douleur m'engagèrent à ne pas différer l'intervention.

M. Marfan, qui vit l'enfant à cinq heures et demie, eut avec moi par téléphone, à six heures, une longue conversation et se montrait peu disposé à l'opération, trouvant le cas plutôt bénin et digne d'expectation. J'insistai et réussis à convaincre mon collègue et ami.

L'opération eut lieu à neuf heures aux Frères Saint-Jean-de-Dieu.

Aucun liquide dans le péritoine. La séreuse est saine, à peine plus vasculaire au niveau du cæcum et de la face de l'iléon. Aucun dépôt fibrineux, aucune adhérence molle.

Je trouvai facilement et dégageai l'appendice qui fut réséqué et dont le moignon fut enfoui par un surjet séro-séreux.

Au cours de l'opération, je fus frappé par l'existence d'énormes ganglions allongés, tuméfiés, non indurés, rouges, occupant non seulement l'angle iléo-cæcal, mais le mésentère jusque vers la colonne vertébrale.

L'appendice plongeait dans le petit bassin; il était gros, turgescent, rouge, sans dépôt fibrineux; au niveau de l'insertion cæcale, légère plaque d'un blanc grisâtre qui n'est qu'un changement de coloration de la paroi appendiculaire sans dépôt fibrineux.

Drainage et suture.

Les suites furent très simples et l'enfant quitta la maison de santé dix-huit jours après l'opération.

L'appendice fut soigneusement examiné sitôt après l'opération et fendu d'un bout à l'autre; il renfermait un liquide sanieux et rougeâtre excessivement fétide.

Dans les quatre cinquièmes périphériques, la muqueuse était rouge, tomenteuse, mais dans le cinquième interne (côté cæcum), la surface muqueuse avait une teinte de sphacèle; circonférentielle dans l'étendue de 2 centimètres, la gangrène de la muqueuse s'accusait plus loin par des taches d'un gris verdâtre; l'odeur était infecte, celle de lièvre pourri. Dans le point correspondant à la tache blanche extérieure signalée plus haut, les lésions à l'œil nu étaient au maximum.

La pièce fut confiée à M. Landel dont l'examen confirme les premières données fournies par l'examen à l'œil nu.

Examen histologique d'un appendice gangrené.

La muqueuse est profondément altérée. Partout, elle est infiltrée de

leucocytes parmi lesquels prédominent les polynucléaires; il en est de même pour la sous-muqueuse de laquelle elle se distingue difficilement.

La surface interne de l'appendice est généralement ulcérée et dépourvue d'épithélium; parfois les glandes manquent totalement, parfois, au contraire on en trouve seulement les parties profondes. D'autres fois, on observe à la surface un épithélium cylindrique ordinairement en continuité avec celui des glandes; mais cet épithélium est presque toujours soulevé, détaché parfois par d'abondants foyers hémorragiques superficiels; ce processus semble jouer un rôle important dans le mécanisme de l'ulcération.

Mais la muqueuse est surtout remarquable par ses vaisseaux très abondants dilatés et *tous thrombosés*. On rencontre d'ailleurs toutes les différentes phases de thrombose. Aussi, le tissu conjonctif ordinaire de la muqueuse n'existe plus: il est remplacé par un exudat fibrineux rempli de polinucléaires et de lymphocytes, quelquefois de globules rouges au niveau d'un foyer hémorragique. On est en présence d'une véritable gangrène de la muqueuse.

Dans la sous-muqueuse, les vaisseaux restent perméables; on y observe l'infiltration d'éléments lymphoïdes déjà signalée.

La musculeuse possède également des vaisseaux perméables; on y remarque quelques îlots inflammatoires.

La séreuse péritonéale est au contraire très altérée; il y a de nombreux îlots inflammatoires et les vaisseaux sont tous thrombosés.

Voilà donc un exemple d'appendicite gangréneuse bien observé dans les premières heures de son apparition et opérée moins de vingt-quatre heures après.

Or, deux faits nous frappent dans cette observation : une constatation anatomique minutieusement faite au cours de l'opération, à savoir l'adénopathie étendue et intense des ganglions mésentériques d'une part, et d'autre part, une constatation clinique, l'étendue de la zone douloureuse au palper du ventre. Sans doute la localisation classique reste nette, mais en dehors d'elle et dès le début, dès la huitième heure, la douleur à la pression déborde la fosse iliaque et s'étend au-dessous de l'ombilic à gauche jusqu'au delà de la ligne médiane. Cette douleur répond précisément à toute la zone où j'ai constaté quelques heures après l'adénopathie mésentérique; je ne peux pas ne pas établir une corrélation entre ces deux faits et je dis : une appendicite virulente d'emblée, a des chances comme une angine hypertoxique, d'infecter profondément les ganglions qui reçoivent ses lymphatiques; l'extension précoce de l'adénopathie donne pour ainsi dire la mesure de cette toxicité. Or l'extension de la douleur, à une époque où il ne saurait être question de participation du péritoine à l'inflammation, est le témoignage accusateur de cette adénopathie.

Nous savons que dans toute appendicite le maximum de la douleur à un siège pour ainsi dire mathématique, le point de Mac Burney, à égale distance de l'épine iliaque et de l'ombilic. Or à ce point douloureux invariable correspondent des variabilités de siège de l'appendice malade, et des variabilités de lésions à une extrémité ou à l'autre de l'appendice.

Mon ami Jalaguier a émis l'hypothèse que la localisation ganglionnaire explique peut-être le siège presque constant du point de Mac Burney quelle que soit la situation de l'appendice (1). J'adopte volontiers cette manière de voir et j'estime que le maximum de douleurs a pour origine, non la lésion de siège variable de l'appendice mais l'adénopathie de siège fixe qui l'accompagne et en dépend, c'est-à-dire les ganglions de l'angle iléocœcal ou iléo-appendiculaire. Je me suis assuré sur le cadavre que si on mène une ligne de l'épine iliaque à l'ombilic et si au milieu de cette ligne on enfonce normalement à la surface un stylet, l'extrémité de celui-ci atteint précisément cet angle iléocœcal à quelques millimètres près.

Cette interprétation, très séduisante, rend compte de la fixité de la douleur, de sa précocité et de son acuité; elle explique que dans les formes très graves la douleur suive l'adénopathie et s'étende comme elle, tout en restant maxima au ganglion premier envahi.

La thèse ne reçoit de l'Anatomie aucune contradiction. Les ganglions de l'appendice, en effet, siègent à l'union du mésentère et du méso-appendice (*groupe iléo-appendiculaire* de Tixier et Viannay) (2). Dans l'angle rentrant que forme le cæcum et l'appendice (*groupe cæco-appendiculaire*) ou dans le méso-appendice (*groupe méso-appendiculaire*), leur projection sur la paroi abdominale répond toujours, en somme, à peu près au même point.

D'un autre côté, il résulte des recherches des anatomistes, et en particulier de MM. Tixier et Viannay, que le courant de la lymphe parti de l'appendice se partage en deux courants secondaires : l'un vers le cæcum et les ganglions mésocoliques, l'autre vers l'iléon et les *ganglions mésentériques.*

Le siège des ganglions aboutissants des efférents des ganglions appendiculaires est donc bien en rapport avec nos constatations cliniques et opératoires.

On m'objectera vraisemblablement que j'apporte une seule observation et que c'est peu pour établir la valeur d'un signe clinique.

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1900, p. 82.

(2) Tixier et Viannay. *Lyon médical* 1901.

Sans doute, mais la difficulté est précisément de trouver réunies les conditions dans lesquelles je me suis trouvé : à savoir une observation clinique précise dès les premières heures, une opération précoce, et malgré la précocité de l'intervention, l'existence de lésions assez nettes, assez accentuées pour qu'on puisse en affirmer la gravité extrême.

Les travaux sur les adénopathies dans l'appendicite ne manquent pas, mais ces adénopathies ont été envisagées, non au point de vue de leur valeur séméiologique, mais comme une complication plus ou moins tardive d'une crise aiguë ou subaiguë. Tels sont des faits signalés à la Société de Chirurgie de 1900 par Ricard, Tuffier, Gérard Marchant et par moi-même en 1895.

J'en dirai autant des thèses parues sur les adénopathies dans l'appendicite. Dans la plupart des observations, il s'agit de cas opérés à froid dans lesquels, au cours de l'observation, on découvre des masses ganglionnaires malades. Telles sont, par exemple, dans la thèse de Bonjour, la dernière publiée sur ce sujet (1901), les observations inédites ou prises ailleurs, de Felizet, Mauclaire, Hassler (1), Tuffier, Schwartz (2), Ricard, Walther, Weiss, etc.

J'ai pu cependant relever une observation importante d'adénites mésentériques, constatées au cours de crises aiguës. C'est l'observation de Rendu (3), publiée dans ses cliniques : Une femme de vingt ans est prise brusquement d'un violent mal de gorge ; les jours suivants, le ventre est tendu et particulièrement douloureux au niveau de la fosse iliaque droite, et l'on porte le diagnostic de fièvre typhoïde, tant les phénomènes généraux sont accusés (céphalée, fièvre, abattement). La mort survient douze jours après par péritonite : on trouva, à l'autopsie, au-dessous et en arrière du cæcum, un abcès à parois gangrenées dans lequel plongeait l'appendice.

Les ganglions mésentériques correspondant à la région iléo-cæcale étaient énormes et manifestement enflammés, plusieurs atteignaient les dimensions d'un œuf et étaient rouges, durs, injectés. Deux d'entre eux étaient le siège d'un ramollissement central, et le pus avait une odeur putride, identique à celle du foyer gangreneux appendiculaire.

Je rappelle que dans l'observation personnelle d'abcès gangreneux latéro-colique, que j'ai rapportée plus haut, l'autopsie permit de reconnaître l'existence de gros ganglions mésentériques enflammés.

(1) Th. d'Auguy. *Thèse* de Lyon, 1901.
(2) Th. Ferry. *Thèse* de Paris, 1900.
(3) *Clinique Médicale*, 1890, t. II.

Donc, voilà trois observations d'appendicites gangréneuses avec adénopathies mésentériques, constatées soit pendant l'opération, soit à l'autopsie.

Cela signifie-t-il que l'adénite mésentérique ne puisse exister en dehors de la forme toxi-putride de l'appendicite?

Aucunement. Je connais très bien la troisième observation de mon ami G. Marchant (1), dans laquelle l'examen de l'appendice ne révéla que des lésions peu accusées d'une légère inflammation folliculaire. Or, au cours de l'opération, on avait constaté « une infinité de petits ganglions hyperplasiés, indurés sur le méso-appendice, le grand épiploon, le feuillet droit du mésentère ».

Mais justement ces ganglions étaient petits et indurés et M. Marchant penchait lui-même pour l'hypothèse d'un processus chronique ; or, je n'ai à envisager que les adénites mésentériques aiguës seules susceptibles de provoquer une réaction douloureuse.

L'adénite mésentérique précoce est-elle constante dans les formes gangréneuses, ou, d'une façon plus générale, dans les formes graves, toxiques, d'appendicites ?

Je n'en sais rien et j'en appelle aux observations présentes ou à venir de mes collègues pour l'établir. Je crois *a priori*, d'après ce que m'a appris l'étude générale des infections par voie lymphatique, que dans les formes putrides d'appendicite l'inoculation doit fréquemment dépasser la première barrière ganglionnaire et irradier vers les ganglions mésocoliques ou mésentériques.

Je donne non comme opinion mais comme un fait établi que cette infection ganglionnaire à distance est susceptible de se traduire par une modalité de la douleur.

Mon ami Jalaguier, partisan comme on sait de l'expectative pendant la crise aiguë, fait exception pour les cas où la diarrhée fétide, l'aspect typhoïde, la douleur vive, spontanée, revenant par crises et la dissociation de la température et du pouls, donnent lieu de craindre une forme grave.

Mes observations sont en tout conformes aux siennes quant à la signification pronostique du facies et de la diarrhée. J'ai précisément observé cette diarrhée dans deux cas d'appendicite gangreneuse, mais cette diarrhée, l'altération des traits, la langue rôtie, sont déjà des accidents d'une période d'intoxication confirmée ; le signe que j'indique est un signe précoce : j'estime qu'il mérite de prendre place dans la symptomatologie de début des appendicites graves.

A l'avenir de nous apprendre son degré de constance; il commande, quand il existe, l'intervention immédiate, seule capable de

(1) *Bullet. Soc. Chir.*, 1900, p. 81.

tarir à sa source, l'empoisonnement dont les ganglions turgescents et douloureux ont été les révélateurs (1).

Ce signe est précoce, avons-nous dit, nous entendons par là qu'il s'observe dans les premières vingt-quatre heures et que l'opération doit suivre avant l'expiration du premier jour quand il s'agit d'appendicite gangréneuse.

L'opération faite le second jour n'est plus pour nous l'opération « en temps voulu ».

Indications respectives de la cocaïnisation locale, de la rachicocaïnisation et de l'anesthésie générale,

par M. CHAPUT.

La cocaïnisation locale présente sur l'anesthésie générale des avantages marqués ; elle est absolument innocente si on s'en tient aux règles fixées par M. Reclus ; elle n'expose ni à la syncope, ni à l'intoxication ; elle ne provoque pas de vomissements, pendant l'intervention ; elle n'occasionne pas de congestion pulmonaire comme l'éther ou le chloroforme ; elle n'altère pas les reins, elle n'est suivie d'aucun vomissement, d'aucun malaise, prostration ou shock opératoire, à l'inverse de l'anesthésie générale.

(1) J'ai été appelé dimanche 4 mai auprès d'un malade des Drs Avezou et Cherière, âgé de cinquante-quatre ans, se sentant peu en train le jeudi 1er mai, il se purgea avec une bouteille d'Huyaniadi Janos. Dans la nuit du jeudi au vendredi, il fut pris de violentes coliques et vomit une fois de la bile. Le Dr Cherière, appelé le vendredi à 1 heure de l'après-midi, soit une quinzaine d'heures après le début des accidents, constata l'existence d'une douleur intense au point de Mac Burney, mais de plus des douleurs vives à la pression, siégeaient autour de l'ombilic et dépassaient un peu la ligne médiane à gauche ; pouls à 100. Température rectale 37, par conséquent dissociation du pouls et de la température qui est au-dessous de la normale. La propagation de la douleur à gauche s'accentue le samedi, suppression des gaz. Je vois le malade le dimanche 4 mai après-midi. Le facies est celui d'une maladie générale, la langue sèche et rôtie, le ventre météorisé mais non tendu et indolent dans le flanc gauche. L'état général et la diffusion de la douleur constatée dès le début me font porter le diagnostic d'appendicite gangréneuse. J'incisai latéralement et après ouverture d'un foyer putride, je réséquai un appendicite entièrement sphacèle et perforé. Je ne pus malheureusement, en raison de l'obésité, du météorisme et de la situation de l'épiploon qui limitait le foyer et que je ne voulais pas trop décoller, m'assurer de l'état des ganglions mésentériques.

Enfin, elle constitue une précieuse ressource pour les malades qui redoutent le sommeil anesthésique.

Reclus a tiré de sa méthode un rendement énorme en l'appliquant même à des opérations compliquées ; mais les chirurgiens français ne l'ont suivi qu'à regret, n'admettant la cocaïne locale que pour des opérations très simples.

Je voudrais dans ce court travail montrer que les applications de la cocaïne locale sont très étendues, et que tout ce qu'a écrit Reclus est rigoureusement exact.

J'ai pratiqué, dans ces dernières années, toute une série d'opérations importantes avec la cocaïne locale. Cette année, j'ai exécuté une fois la suture périostique de la rotule, et une autre fois la suture des seuls ailerons.

En 1900, à la Pitié, j'ai fait deux fois, sur des femmes âgées, l'ovariotomie pour des kystes de l'ovaire. Ces opérations se sont passées très simplement et sans douleur ; j'ai constaté avec satisfaction que ces malades, loin de ressentir des phénomènes de shock, comme après le chloroforme, paraissaient absolument dans leur état normal, comme si elles n'avaient pas été opérées ; elles purent même déjeuner presque aussitôt après l'opération.

J'ai opéré, en 1898, à Tenon, une femme qui présentait une énorme tumeur abdominale ; elle était atteinte d'une congestion pulmonaire grave avec dyspnée effrayante, considérablement aggravée par le volume de la tumeur et qui contre-indiquait formellement l'anesthésie générale. Je fis, à la cocaïne locale, une incision de plus de 20 centimètres, et j'arrivai sur un énorme fibrome utérin, kystique, suppuré, contenant 10 litres de liquide ; je réséquai une grande partie du kyste et marsupialisai le reste ; la malade guérit sans complications. Certainement elle a dû la vie à la cocaïne locale.

En 1901, j'ai pratiqué deux fois, avec facilité, la gastro-entérostomie à la cocaïne locale ; une fois, chez une homme très affaibli (atteint d'un néoplasme pylorique), qui m'avait été adressé par mon collègue et ami M. Œttinger. J'ai anesthésié séparément la peau, le tissu sous-cutané, la ligne blanche ; la recherche de l'anse grêle et les sutures ont été exécutées sans anesthésie, les viscères étant normalement insensibles aux piqûres et aux manipulations modérées. Dans le second cas, il s'agissait d'un malade de mon ami le Dr Ménard, de Berck.

Le 30 avril dernier, avec le concours de notre collègue Boeckel, et du professeur Weiss, de Nancy, j'ai fait à la cocaïne locale une entéro-anastomose iléo-colique gauche avec isolement du gros intestin pour un anus contre nature du cæcum ; l'opération a duré

une heure et quart, le malade l'a merveilleusement supportée et est actuellement en bonne santé.

J'ai fait aussi cette année (1901) l'ablation de tout le sein avec curage de l'aisselle pour un volumineux cancer. Je dus employer ici, comme l'a fait quelquefois Reclus, 20 seringues de solution. L'anesthésie fut satisfaisante, mais la malade présenta quelques vomissements pendant l'opération. La guérison eut lieu sans complications. Je dois dire que l'opération ainsi conduite est assez difficile, mais cependant encore très faisable; pour les grosses tumeurs du sein, la cocaïne locale n'est pas la méthode de choix, elle n'est qu'un procédé d'urgence, nécessité par les contre-indications de l'anesthésie générale.

Ces jours derniers, j'ai reçu dans mon service un homme de soixante ans, atteint d'un volumineux cancer du maxillaire supérieur; cet homme était obèse, artério-scléreux, diabétique et albuminurique. Mon premier mouvement fut de lui refuser l'opération en raison de la gravité que comportent, en pareil cas, le traumatisme et l'anesthésie générale. Je considère, en effet, que cette anesthésie provoque chez de tels sujets des congestions pulmonaires redoutables; en outre elle prédispose aux infections septiques en altérant les reins et le foie qui servent à l'élimination des toxines et des microbes.

Je réfléchis ensuite que je pourrais l'opérer avec moins de risques, grâce à la cocaïne locale, et je pratiquai l'opération. Je fis des injections sur le trajet de l'incision cutanée classique; j'en fis d'autres sur le plancher de l'orbite; d'autres entre la joue et le maxillaire; j'injectai encore une demi-seringue vers l'orifice inférieur du canal palatin postérieur.

Je pus alors exécuter l'opération avec une très grande facilité, sans que le malade ait éprouvé de douleurs; il est maintenant complètement guéri.

Comme on le voit par ces exemples, il est possible d'exécuter à la cocaïne locale des opérations même compliquées; qu'on ne se méprenne pas sur mes intentions; je n'entends pas dire qu'il vaut mieux exécuter ces opérations à la cocaïne que sous chloroforme; je veux simplement faire remarquer que lorsque l'anesthésie générale est dangereuse ou contre-indiquée, certaines opérations complexes sont encore possibles à la cocaïne locale.

Passons maintenant en revue les opérations justiciables de la cocaïne locale; nous les diviserons en trois catégories : 1° opérations pour lesquelles la cocaïne locale est préférable à l'anesthésie générale; 3° opérations pour lesquelles la cocaïne n'est indiquée qu'à titre exceptionnel. Nous ajouterons, dans une 4e *catégorie*, es opérations où la cocaïne est contre-indiquée.

1° *La cocaïne locale est préférable à l'anesthésie générale* pour les petites opérations telles que : ablations de petites tumeurs, amputations des doigts et orteils, sections tendineuses, suture de rotule ou d'olécrane, phimosis, hydrocèle, castration, uréthrotomie interne ; chez la femme, curage, colporraphie ; à la région anale : Dilatation, fistules, hémorrhoïdes. Ajoutons l'opération de l'empyème et les opérations sur les fosses nasales.

2° *La cocaïne peut rivaliser avec l'anesthésie générale* pour les cures radicales de hernies ; anus iliaque, gastrostomies, incisions de kystes ou d'abcès du foie, colpotomies, trépanation mastoïdienne et crânienne limitée, résection des maxillaires.

3° *La cocaïne peut être employée exceptionnellement* pour certaines laparotomies moyennement difficiles, comme les kystes de l'ovaire, la gastro-entérostomie, l'entéro-anastomose, pour le cancer du sein, la résection des maxillaires, l'amputation de l'avant-bras et du bras, l'opération d'Estlander.

4° *La cocaïne locale est contre-indiquée* pour les laparotomies difficiles, pour les amputations et résections des membres inférieurs, pour les amputations de l'épaule, pour les tumeurs qui dépassent le volume d'une orange, pour les opérations compliquées, telles que les résections des grosses branches du trijumeau, l'ablation des grosses tumeurs de la langue, du corps thyroïde, etc.

La cocaïne reçoit des indications et des contre-indications de l'état d'esprit des malades et de leur état général. Un malade qui redoute énormément l'anesthésie générale doit être opéré à la cocaïne quand c'est possible ; celui qui redoute d'assister à son opération est justiciable de la seule anesthésie générale. La cocaïne locale est naturellement contre-indiquée pour les enfants.

Les abuminuriques, cardiaques, rénaux, hépatiques, cachectiques réclament l'anesthésie locale et contre-indiquent l'anesthésie générale.

Nous sommes conduits tout naturellement à nous demander quelles sont la valeur et les indications de la *rachicocaïnisation.*

Pour moi, la *rachicocaïnisation* est parfaite pour toutes les opérations sur les membres inférieurs, les organes génito-urinaires de l'homme et de la femme, pour celles sur l'anus et le rectum, et aussi pour les hernies. Je n'emploie plus jamais sur ces régions ni l'anesthésie locale ni la générale.

Pour l'abdomen, ses avantages sont discutables. Les laparotomies superficielles (anus artificiel, gastrostomie, incisions de kystes et abcès du foie) sont pratiquées très aisément avec la rachicocaïnisation. J'ai pratiqué avec facilité, par la méthode de Tuffier, plusieurs gastro-entérostomies, une pylorectomie et une résection du cæcum mais je dois dire que les laparotomies pro-

fondes sont souvent difficiles avec la rachicocaïnisation, à cause de l'émotion des malades, de l'absence de résolution des muscles droits, et aussi parce que l'anesthésie ne remonte pas toujours suffisamment haut. Pour toutes ces raisons, je pense que la cocaïne lombaire n'est applicable aux laparotomies profondes que lorsque l'anesthésie générale est impossible ou contre-indiquée.

L'anesthésie lombaire me paraît beaucoup moins dangereuse que l'anesthésie générale chez les diathésiques énumérés plus haut.

La méthode de Tuffier peut encore lorsqu'il y a contre-indication à l'anesthésie générale, nous permettre de nous attaquer aux opérations sur le thorax et sur le sein qui échappent à la cocaïne locale, telles que l'Estlander et l'ablation des cancers du sein.

J'ai fait avec succès toutes ces opérations avec la rachi-cocaïnisation. J'ai renoncé à la *rachicocaïnisation* pour les opérations sur le membre supérieur et la tête, sans avoir eu d'accidents qui m'en aient détourné, mais simplement parce que les doses de cocaïne nécessaires en pareille circonstance sont assez élevées, et aussi parce que l'anesthésie générale est beaucoup plus régulière et plus agréable pour l'opéré.

J'ai pratiqué jusqu'à ce jour plus de 250 rachicocaïnisations sans aucun accident. Ces anesthésies sont devenues particulièrement bénignes depuis que j'emploie comme Guinard la solution au 1/10 que je dilue dans le liquide céphalo-rachidien. Les mauvaises anesthésies fournies par la rachicocaïne résultent d'une technique défectueuse : Dose insuffisante, quantité de liquide anesthésique trop précipité (il est indispensable de brasser la cocaïne avec le liquide céphalo-rachidien), aiguille trop volumineuse, injection n'ayant pas pénétré dans l'espace sous-arachnoïdien. Je suis arrivé peu à peu à éliminer toutes ces causes d'erreur.

Les deux méthodes précédentes restreignent considérablement le champ de l'*anesthésie générale*.

Elle bénéficie de tous les incorrigibles peureux, agités, nerveux, émotifs que la pensée d'assister à leur opération frappe de terreur.

L'anesthésie générale est seule possible pour les laparotomies profondes, pour les grosses tumeurs des parois abdominales ou thoraciques, pour les opérations difficiles sur la tête et le cou (thyroïdectomie, ablations étendues de la langue, réaction des grosses branches du trijumeau, trépanations larges).

Elle doit céder le pas à la cocaïne locale pour les petites opérations énumérées plus haut. Elle est inférieure à la cocaïne lombaire pour les opérations sur les membres inférieurs et la zone pelvienne.

Entre les grandes opérations où l'anesthésie générale est seule possible, les petites où la cocaïne locale est préférable, celles de la zone pelvienne et sous-pelvienne où la rachicocaïne est parfaite, se placent les opérations moyennes supra-pelviennes où la cocaïne locale, la rachicocaïne et l'anesthésie générale ont une valeur égale et peuvent être alternativement préférées selon l'émotion, 'état général du sujet et la situation du champ opératoire; telles es hernies, les laparotomies superficielles, les tumeurs moyennes ou grosses, la trépanation mastoïdienne et cranienne limitée, la résection des maxillaires, l'opération d'Estlander.

L'anesthésie générale est contre-indiquée chez les personnes qui la redoutent, et chez les diasthésiques déjà cités.

Lorsqu'une opération peut être facilement exécutée à la cocaïne locale ou lombaire, il est indiqué de préférer ces méthodes à l'anesthésie générale si le malade présente un état général seulement un peu défectueux.

Je dois faire cependant une réserve en faveur de l'anesthésie générale au chloréthyle qui paraît très avantageuse pour les opérations courtes, et qui pourra dans beaucoup de cas se substituer à la cocaïne locale.

En résumé :

La *cocaïnisation locale* paraît être avec le *chloréthyle* en inhalations le procédé de choix pour les petites opérations.

Elle est indiquée, lorsqu'elle est possible, chez les malades qui redoutent l'anesthésie générale, et chez les diathésiques.

Elle est applicable aux cures radicales de hernies, aux laparotomies superficielles et à beaucoup d'autres opérations assez importantes. Elle est contre-indiquée chez les enfants, chez les gens émotifs et pour les opérations compliquées.

La *rachicocaïnisation* est la méthode de choix pour les opérations sur les membres inférieurs, l'anus, le rectum, les orgagnes génito-urinaires de l'homme et de la femme.

Elle est applicable aux laparotomies superficielles et aux hernies.

Elle est indiquée pour les opérations sur le thorax et les laparotomies difficiles quand l'anesthésie générale est dangereuse.

L'*anesthésie générale* est seule possible pour les enfants, les émotifs et pour les opérations compliquées (supra-pelviennes).

Elle est la méthode de choix pour les opérations moyennes et grandes de la zone supra-pelvienne, chez les individus bien portants.

Elle est contre-indiquée chez les peureux et dans les mauvais états généraux.

Classification d'après la nature et le siège des opérations et d'après l'état général.

A. — *Petites opérations* : Cocaïne locale. Chloréthyle.

B. — *Opérations moyennes ou grosses* :

1° *Zone sous-iliaque* (membres inférieurs, organes pelviens).	*Cocaïne lombaire* (Éventuellement cocaïne locale et anesthésie générale).
2° *Laparotomies superficielles et hernies.*	Anesthésie générale Rachi-cocaïne. Cocaïne locale.
3° *Laparotomies profondes.*	*Anesthésie générale* (Éventuellement rachicocaïne).
4° *Thorax.*	*Anesthésie générale* (Rachi-cocaïne).
5° *Membres supérieurs.* (*Tête et cou.*)	*Anesthésie générale.* (Cocaïne locale.)

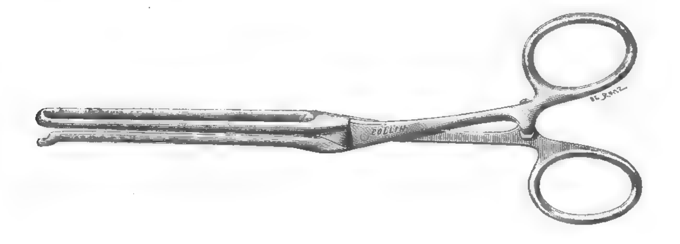
C. — ÉTAT GÉNÉRAL :

a) *Diathésiques* : cocaïne locale ou lombaire.
b) *Crainte de l'anesthésie générale* : cocaïne locale ou lombaire.
c) *Crainte de l'acte opératoire* : Anesthésie générale.

Présentation d'instruments.

Compression intestinale.

M. F. LEGUEU. — Je vous présente un nouveau modèle de pince intestinale que j'ai fait construire par M. Collin. Il a pour but de



comprimer l'intestin sans le léser, de le comprimer avec moins de pression que ne le font les pinces ordinaires. En outre, il a sur d'autres instruments analogues l'avantage qu'on peut l'appliquer sans traverser le mésentère. Je m'en suis servi à plusieurs

reprises et j'ai pu m'assurer qu'il est d'une application simple, facile comme une pince, et sans aucun inconvénient pour la paroi intestinale.

Doigtiers avec protecteurs pour la main.

M. F. Legueu. — Je vous présente également des doigtiers de caoutchouc destinés au toucher du vagin et du rectum. Ils sont munis d'une collerette de caoutchouc, qui protège non seulement la commissure inter-digitale, mais encore toute la main, sans avoir cependant la complexité ou la difficulté d'application d'un gant complet. Ils sont à un ou à deux doigts; on les entre facilement, et, grâce à la collerette protectrice, on les retire en les renversant sans que le moindre contact étranger ait souillé la main ou les doigts.

M. Guinard. — On peut, quand on a à faire beaucoup de touchers, mettre des gants en caoutchouc que l'on lave après chaque examen.

M. Tuffier. — Je suis la pratique de M. Guinard.

M. Legueu. — J'admets les gants pour le toucher et je m'en sers couramment. Mais vous ne pouvez imposer des gants à tous ceux qui vous entourent, à vos internes : ce serait une dépense trop considérable. Je remédie à ce desideratum en assurant à bon marché une protection parfaite avec un doigtier par personne et par malade.

M. Chaput. — Quand je veux faire un toucher, j'emploie la baudruche en grande lame, dont je coiffe mon doigt, ce qui n'est pas plus coûteux que les doigtiers de caoutchouc qui s'usent très vite.

Élections.

NOMINATION A UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE

Nombre de votants : 37. — Majorité : 19.

MM. Sebileau.	obtient :	34	voix.	Élu.
Faure	—	1	—	
Lyot	—	1	—	
Bulletin blanc	—	1	—	

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 14 MAI 1902

Présidence de M. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Sebileau qui remercie la Société de sa nomination au titre de membre titulaire.

3°. — Une lettre de M. Ricard qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Note sur les ganglions lymphatiques de la vessie.

M. Poirier. — Dans notre dernière séance, notre collègue Bazy a rappelé votre attention sur l'existence de ganglions lymphatiques prévésicaux qu'il a rencontrés pathologiquement développés dans la cavité de Retzius et non sur les parois de la vessie.

Nos connaissances sur ce sujet ont été très étendues et précisées dans ces dernières années par les recherches de Gerota, contrôlées dans mon laboratoire par MM. Cunéo et Marcille. L'excellente thèse de ce dernier les résume en les complétant.

Les ganglions signalés par Bazy et Gerota sont relativement fréquents. A l'injection mercurielle, ils passent inaperçus; l'injection au bleu de Prusse les met facilement en évidence. Ce sont, en réalité, de simples nodules interrupteurs, des « Schaltdrüsen », comme disent les anatomistes allemands. Ils ont la petitesse et l'inconstance de toutes les formations rudimentaires, analogues

en cela aux petits ganglions dont je vous ai signalé l'existence dans l'épaisseur du corps charnu de la langue. Il ne faut pas les confondre avec les ganglions régionnaires de la vessie qui se rendent aux ganglions iliaques externes, aux ganglions hypogastriques et à ceux du promontoire.

Ils sont placés, les uns sur la face antérieure de la vessie (g. antérieurs), les autres dans le méso des artères ombilicales. Les planches de la thèse de Marcille les représentent avec l'exactitude qu'il faut toujours rechercher en anatomie. Ils sont appliqués contre la face antérieure de la vessie, en arrière de l'aponévrose ombilico-prévésicale. Nul doute sur leur rôle dans les phlegmons dits de la cavité de Retzius si magistralement décrits par notre président.

A mon avis, comme Lucas-Championnière a constaté par leur altération pathologique l'existence possible de nodules ganglionnaires sur les côtés du col utérin, de même Bazy a rencontré des ganglions prévésicaux malades avant que leur existence eût été constatée par les recherches anatomiques. Sur ce point particulier, comme pour le système nerveux à la suite des travaux de Broca, de Charcot et de leurs élèves, l'anatomie normale a confirmé les trouvailles et les déductions de l'anatomie pathologique.

Appendicite gangréneuse.

M. WALTHER. — Dans notre dernière séance, mon ami M. Quénu a fait une très intéressante communication sur l'appendicite gangréneuse.

Il a mis en lumière, si j'ai bien compris sa pensée, deux points principaux : 1° le rôle prépondérant des lymphatiques dans les accidents infectieux graves de l'appendicite gangréneuse ; 2° la valeur comme signe diagnostique de la douleur à la pression au point de Mac Burney et sur une zone qui s'étend jusqu'à la colonne vertébrale, zone correspondant aux divers groupes ganglionnaires du méso-appendice, de l'angle iléo-cæcal et du mésentère.

Sur le premier point, je partage absolument son opinion. L'infection lymphatique est indéniable non seulement dans l'appendicite gangréneuse, mais dans toutes les appendicites aiguës et même dans les appendicites chroniques. C'est à cette infection lymphatique qu'on doit rapporter beaucoup des troubles qui caractérisent l'appendicite chronique. J'ai déjà insisté sur ce fait et vous ai rapporté un exemple probant d'une infection ganglionnaire constatée par l'anatomie pathologique et la bactériologie dans un cas d'ap-

pendicite chronique sans aucune poussée aiguë ou subaiguë. Dans les formes aiguës, particulièrement virulentes, cette infection est rapide, violente, soudaine, nous dit M. Quénu, dans la forme gangréneuse, et je pense comme lui.

La gangrène de l'appendice est, nous dit-il, une lymphangite gangréneuse. Je le crois aussi, au moins dans le plus grand nombre des cas. Je vous apporte une pièce, un appendice que j'ai enlevé il y a dix jours, chez un enfant de cinq ans, soixante heures après le début des accidents. L'appendice était rouge, turgescent. A sa partie moyenne, vous pouvez voir une large plaque circulaire de gangrène; à ce niveau il y avait un calcul, mais pas de perforation. Plus haut, tout près de la base de l'appendice existait une autre plaque limitée au centre de cette plaque, une perforation. La lumière de l'appendice était du reste, absolument libre, la cavité communiquait à plein canal avec le cæcum. C'est donc bien là le type de la folliculite avec lymphangite gangréneuse.

Sur le second point, je demande à mon ami M. Quénu de faire quelques réserves. La douleur vive, persistante, réveillée par la pression, non seulement au point de Mac Burney, mais plus près de la ligne médiane, un peu à gauche même de la colonne vertébrale, peut-elle être considérée comme un signe d'appendicite gangréneuse? Je crois qu'il ne faudrait pas lui attribuer une valeur trop grande. Je sais bien que M. Quénu ne nous l'a pas donnée comme un signe pathognomonique. Il nous a dit qu'il l'avait constatée, et elle lui paraît répondre à l'infection rapide, suraiguë des groupes ganglionnaires. Il nous a demandé de vérifier le fait, d'observer si ce signe est constant, ou fréquent.

Voici ce que pour ma part je puis lui répondre : j'ai observé nettement dans plusieurs cas cette sorte de traînée douloureuse, alors qu'il s'agissait d'appendicites aiguës simples, non gangréneuses, qui se sont terminées par la guérison, et dans lesquels l'examen de l'appendice, plus tard enlevé à froid, n'a pas montré de traces de perforation.

D'autre part, je puis vous citer deux observations d'appendicites nettement gangréneuses dans lesquelles ce signe n'existait pas.

Voici le premier fait : Une fillette d'une douzaine d'années avait été prise quarante-huit heures avant mon examen d'accidents assez mal déterminés, vomissements rapportés à de l'embarras gastrique; puis la douleur était apparue, fixe, assez intense, avec élévation progressive de température. Quand je la vis elle avait 39°; le pouls à 120, faible; la douleur était nette, pas très intense, bien localisée au point de Mac Burney. Mais le facies, l'état de stupeur témoignant d'une infection profonde me firent porter le diagnostic

d'appendicite gangréneuse. Je fis immédiatement la laparotomie.

A l'ouverture de l'abdomen, le péritoine était absolument normal, il n'y avait pas trace de liquide. L'intestin était d'apparence si saine, qu'au premier moment je crus à une erreur de diagnostic. En soulevant le cæcum, je trouvai un appendice rétro-cæcal, gangrené en totalité jusqu'à sa base. Sur le cæcum, au contact de l'appendice, sur le méso-cæcum, aucune trace de vascularisation, de rougeur. J'enlevai l'appendice et drainai largement, sans faire de suture. Le pouls se releva un peu après l'opération sous l'influence des injections de sérum, mais bientôt le cœur faiblit et l'enfant succomba environ quinze heures après l'opération. Voilà donc un fait d'appendicite grangréneuse pure, à forme hypertoxique, sans trace de lésion de voisinage. Ici la douleur du reste pas très vive, était nettement localisée au point de Mac Burney.

Le second fait est plus intéressant encore; je le crois tout à fait exceptionnel. Je n'ai pour ma part jamais rien observé de semblable et je ne dois d'avoir pu le constater qu'à une circonstance toute fortuite.

Une dame âgée avait eu une crise grave d'appendicite avec péritonite que j'avais soignée par la diète, l'opium et la glace. Après une période de péritonite diffuse, les lésions s'étaient localisées, et, pendant plus de deux mois, nous avions pu suivre la régression progressive d'une masse volumineuse qui s'était réduite à un petit noyau du volume d'une noisette et finit enfin par disparaître.

La malade se levait et marchait depuis quelque temps, lorsque j'allai un jour vérifier son état. Je l'examinai très soigneusement; j'explorai complètement la fosse iliaque; elle était absolument souple et libre, complètement indolente et je conseillai à la malade de marcher davantage, de sortir, de prendre l'air pour achever de reprendre ses forces. Cet examen avait été fait à 7 h. 1/2 du soir.

La nuit même à 4 heures du matin, la malade est prise d'une violente douleur dans l'abdomen, avec vomissements, tendance syncopale. Je la vois à 8 heures du matin et je trouve en effet une forte réaction péritonéale, mais ce qui me fait hésiter sur le diagnostic de perforation, c'est précisément l'examen que j'ai fait huit heure avant le début des accidents et qui m'a montré un appendice sain.

Les accidents continuent, le pouls devient plus rapide, et, à cinq heures de l'après-midi, onze heures par conséquent après le début, je fais la laparotomie. L'appendice, gangrené, était perforé, l'abdomen plein de pus. Je fis l'ablation de l'appendice, le nettoyage de tout le ventre, et drainai très largement sans sutures. La malade guérit. Mais pendant plusieurs jours, les bords de la plaie, le fond des cavités de drainage, la surface du cæcum furent couverts de plaques sphacélées.

Ainsi, l'exploration de l'abdomen faite avec le plus grand soin ne m'a rien révélé, je n'ai trouvé aucune douleur, aucune sensibilité dans une fosse iliaque facile à explorer puisqu'il n'y avait pas de défense musculaire, et cela huit heures avant la perforation, alors que l'appendice était déjà sûrement gangrené.

Je crois donc qu'il est bien difficile de fixer une symptomatologie nette à l'appendicite gangréneuse. Il y a des formes cliniques absolument différentes et qui répondent certainemcnt à des infections différentes. Malheureusement nous ne sommes pas encore suffisamment renseignés sur ce point. L'examen bactériologique manque souvent. Il est toujours difficile, et la comparaison des variétés cliniques avec des infections bactériennes diverses n'est pas suffisamment faite.

Communications.

Note sur l'urétrotomie interne et sur un nouvel urétrotome,

par M. BAZY.

En créant l'urétrotome qui porte son nom, Maisonneuve a fait œuvre réellement utile, et certes mon intention n'est point ici de nier les avantages qu'il présente sur les autres instruments ni d'oublier les services qu'il m'a rendus, ainsi qu'à beaucoup de mes maîtres ou de mes collègues.

Il m'a semblé toutefois qu'il était possible d'obtenir des résultats meilleurs que ceux qu'il nous fournit.

En premier lieu, il ne peut sectionner que sur la paroi supérieure qui, comme l'a dit M. Guyon, est la paroi chirurgicale de l'urètre ; il peut aussi sectionner sur la paroi inférieure, mais à la condition de changer de conducteur cannelé et de lame coupante.

Enfin, considération importante, et quoi qu'en ait dit Maisonneuve et quoi qu'on ait dit depuis, malgré la forme particulière de la lame en soc de charrue qui sert à faire la section, et dont le sommet, comme on le sait, est mousse, cette lame qui ne doit couper que les tissus résistants constituant le rétrécissement, et épargner les parties saines ou tout au moins non rétrécies, cette lame, dis-je, sectionne tout l'urètre d'une extrémité à l'autre, s'enfonçant davantage dans les parties rétrécies, s'enfonçant d'autant plus que le rétrécissement est plus étroit, s'enfonçant beaucoup moins dans les parties saines, mais y laissant toutefois sa trace. Ces affirmations sont basées sur le résultat de quelques autopsies que j'ai pu faire à la suite de l'urétrotomie interne.

Ainsi l'urétrotome de Maisonneuve sectionne des parties qui n'ont pas besoin d'être incisées et ne peut inciser que sur la paroi supérieure, ou la paroi inférieure : on ne peut inciser les deux qu'en changeant le conducteur cannelé et la lame coupante.

En outre, comme le sommet du dos d'âne qu'il forme est mousse, cette partie mousse repousse devant elle les tissus, qu'elle contusionne et érafle. C'est ce qui explique pourquoi quand on fait la section avec cet instrument, on a la sensation d'une résistance à vaincre et d'une section à faire au retour aussi bien qu'à l'aller. En outre, comme on le voit, on repasse deux fois le couteau dans la même plaie.

Tout le monde admet, en outre, la nécessité de faire des sections multiples du canal, et ce qu'on a appelé les urétrotomies complé-

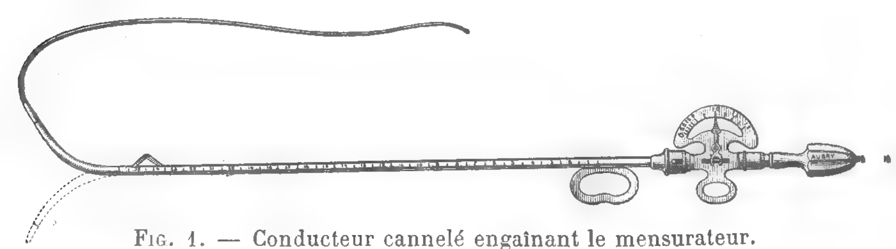


Fig. 1. — Conducteur cannelé engaînant le mensurateur.

Les lames sont relevées.

mentaires n'a pas d'autre but que de faire des sections multiples, de couper des brides que l'urétrotome de Maisonneuve n'a pu faire disparaître.

L'instrument que j'ai l'honneur de vous présenter a l'avantage de pallier à ces deux inconvénients. Il permet de faire au canal toutes les incisions que l'on veut et dans tous les points de sa circonférence, et de ne sectionner que les régions que l'on veut ou que l'on doit sectionner.

Le couteau glisse, comme dans l'instrument de Maisonneuve dans une cannelure, ce qui donne aux sections qu'il fait toute la sécurité, toute la précision désirables, sécurité et précision que ne peuvent pas avoir les instruments manœuvrés à main levée, si je puis ainsi dire.

Voici donc comment est construit mon instrument (fig. 1) : 1° Un conducteur cannelé que l'on peut visser sur une bougie conductrice, comme dans l'instrument de Maisonneuve ; ce conducteur est légèrement recourbé à son extrémité comme le bec d'une sonde à petite courbure.

Cette partie courbe n'est pas cannelée ; seule la partie droite l'est ; elle mesure 30 centimètres environ.

Ces deux parties, la droite et la courbe, ne forment pas une seule pièce ; elles sont réunies entre elles par un pas de vis, de telle sorte que la partie courbe restant immobile, l'autre peut exécuter des mouvements de rotation. Si on suppose cette partie courbe dans la prostate et le bec dirigé en haut, la cannelure de l'instrument est dirigée en haut ; mais on peut la faire tourner, en la dévissant, de manière à la faire regarder à droite, en bas, à gauche, dans toutes les positions que l'on veut.

C'est dans la cannelure de ce conducteur que va cheminer le couteau.

Ce couteau est composé de deux petites lames longues de 1 centimètre et demi environ, articulées entre elles, de façon qu'elles peuvent être mises bout à bout ou au contraire former ensemble un angle plus ou moins aigu ; il s'ensuit que ce coutean qui est



Fig. 2. — Inciseur ou mensurateur isolé.

Les deux lames sont relevées. On y voit les deux tiges : la tige supérieure (en blanc) mobile, la tige inférieure (en noir) fixe.

rectiligne peut prendre une forme triangulaire, et s'élever ainsi plus ou moins au-dessus du conducteur cannelé qui le dirige ; on peut donc, suivant qu'on l'élève plus ou moins, faire des incisions plus ou moins profondes.

Comment obtient-on ce résultat?

La portion de l'instrument qui porte le couteau (fig. 2) se compose essentiellement de deux tiges, une inférieure, l'autre supérieure; l'inférieure est d'une seule pièce; la supérieure porte du côté de l'extrémité vésicale un couteau composé, comme je l'ai dit, de deux lames articulées entre elles : la lame coupante la plus rapprochée de la vessie, est articulée avec l'extrémité vésicale de la pièce ou tige inférieure. Si donc on suppose qu'on fasse mouvoir parallèlement l'une à l'autre les deux tiges, le résultat sera le soulèvement des deux lames coupantes formant ainsi un triangle de moins en moins obtus, de plus en plus saillant.

Si on pousse la tige supérieure vers l'extrémité vésicale, les deux lames se soulèvent en dos d'âne ; si on l'attire à soi, les deux lames deviennent rectilignes et se cachent dans la rainure du conducteur cannelé.

Voici maintenant un autre instrument qui ressemble complètement à celui qui porte le couteau, qui porte aussi deux lames

pouvant se relever et former entre elles un angle plus ou moins saillant; mais ces deux lames, au lieu d'être coupantes, sont mousses : c'est le mensurateur.

C'est lui qui sert à mesurer le siège, le nombre et la longueur des rétrécissements. Nous allons voir comment.

Le mensurateur et l'inciseur sont munis tous deux d'un cadran qui sert à mesurer la hauteur à laquelle les lames s'élèvent au-dessus du conducteur cannelé.

En outre les tiges portant les lames, soit du mensurateur, soit de l'inciseur, sont graduées en centimètres, de telle sorte qu'on peut savoir exactement à quelle profondeur sont ces lames.

Ceci étant dit, voyons la manière de s'en servir. On introduit le conducteur cannelé muni de son mensurateur dans l'urètre.

On l'introduit à fond, de manière que la portion courbe soit bien dans la prostate; pour cela il est nécessaire, le malade étant couché de placer horizontalement la tige : il est maintenu ferme par un aide qui ne doit plus bouger.

On fait alors saillir les lames du mensurateur, de 10 à 12 millimètres environ et on le retire; il est bientôt arrêté.

On note sur la tige le point où il s'arrête, de combien de centimètres on a été obligé de retirer cette tige, et on en prend note. Supposons 1 cent. 1/2 par exemple.

On ferme le mensurateur et on retire la tige de 8 à 10 centimètres; on fait à nouveau saillir les lames et on repousse le mensurateur ainsi ouvert vers la vessie, il est arrêté après un parcours plus ou moins long; on note la longueur de tige qui est ainsi restée au dehors, soit 9 centimètres, et par un calcul fort simple (9 — 1 1/2) on a la longueur du rétrécissement. Donc le couteau devra couper de la cote 1 cent. 1/2 à la cote 9; mais il est possible qu'entre ces deux points il y ait des points non rétrécis; pour le savoir, on enfonce le mensurateur après avoir rabattu les lames d'une profondeur quelconque, et on cherche à les ouvrir : on le peut ou on ne le peut pas. Si on ne le peut pas, c'est qu'on est en plein rétrécissement, et on cherche un autre endroit; si on peut faire saillir les lames, on est dans un endroit sain, et alors, les lames relevées, on fait manœuvrer ce mensurateur en avant et en arrière : on peut voir alors qu'il y a entre les deux points extrêmes un espace plus ou moins long où le canal est sain, on le note et on voit par exemple que la partie saine va de la cote 4 à la cote 7.

On devra donc inciser de 1 1/2 à 4 et 7 à 9.

On n'a alors qu'à introduire la pièce (ou lames coupantes) qui est exactement semblable au mensurateur, portant l'inciseur, et on sectionnera de 1 1/2 à 4 et de 7 à 9.

Je fais habituellement trois incisions en piqûre de sangsue : une en bas et à droite, une en bas et à gauche, la troisième, supérieure, médiane.

Comme à la première incision, le canal est peu ouvert, je fais saillir la lame de 6 millimètres et demi environ, ce qui correspond au diamètre du n° 20 (filière Charrière), et je fais l'incision dans les points voulus. Je tourne pour cela d'abord la cannelure vers la paroi inféro-latérale droite; ces incisions faites, je la tourne vers la paroi inféro-latérale gauche : je fais ici saillir les lames de 8 millimètres et demi environ; et enfin, pour la troisième incision, je les fais saillir de 10 millimètres au moins.

Entre chaque mouvement je rentre les lames dans la cannelure.

Comme on le voit, j'incise plus profondément qu'avec la lame de l'urétrotome de Maisonneuve qui ne fait qu'une saillie correspondant au diamètre du n° 23, et cependant, quoique, ces incisions soient plus profondes, quoiqu'il y en ait trois au lieu d'une, il y a toujours beaucoup moins de sang qu'avec l'urétrotome de Maisonneuve, qui, il est vrai, en donne peu. Je dois dire que l'absence d'hémorragie avec l'urétrotome de Maisonneuve tient à deux conditions bien déterminées par M. Guyon, qui nous a appris : 1° que la lame doit simplement exécuter un mouvement d'aller et retour et non une série de mouvements de va-et-vient — comme l'archet sur un violon — ; 2° qu'il faut tenir le conducteur cannelé presque vertical (le malade étant couché) pour ne point inciser la prostate, dont la section est là source la plus importante, sinon unique des hémorragies qu'on a signalées.

Le calibre de mon conducteur cannelé que je vous présente est oblong et, dans son plus petit diamètre, il répond au n° 11 de la filière Charrière et dans son petit au n° 9. J'en ai un plus petit qui répond au n° 9 dans tous ses points.

D'autre part, il est moins gros que la première des bougies du dilatateur de Lefort qui correspond au n° 12.

J'ai, au demeurant, fait des urétrotomies pour des rétrécissements qui ne laissaient entrer que le n° 6 de la filière Charrière.

Les deux dernières que j'ai faites ne laissaient passer que le n° 6 et le n° 8.

Déchirure de la Veine Cave inférieure au cours d'une néphrectomie pour volumineuse et vieille pyonéphrose. Ligature. Guérison,

par M. le Dr HOUZEL (de Boulogne).

Marie D..., matelotte, âgée de trente-six ans, vient me trouver à la fin de mai 1900 et me raconte ainsi son histoire.

Gagnant péniblement sa vie à crier du poisson dans les rues, malgré son dur métier elle avait toujours été bien portante jusqu'en octobre 1890. Elle commença alors à souffrir dans le ventre et à tousser. Le médecin qui la soignait guérit rapidement sa toux, mais ne trouva rien dans le ventre. Continuant à souffrir, ayant de la fièvre et ne pouvant plus uriner, elle appela un autre médecin qui lui donna du sel d'Epsom. A la suite de plusieurs prises de ce sel, elle urina, mais elle remarqua que ses urines contenaient des glaires et du pus. Ses douleurs s'exaspérant et son ventre augmentant, elle me vint consulter le 27 mai 1900.

Je trouvai une petite femme brune, maigre, à la peau flétrie et terne. Son cœur et ses poumons étaient sains. En proie à la septicémie, elle avait une température de 40 degrés. Son appétit était nul et sa constipation opiniâtre.

Dans le flanc droit on trouvait une tumeur grosse comme une tête d'adulte, manifestement fluctuante, proéminant du côté des lombes et dépassant la ligne blanche en avant. Elle n'avait jamais remarqué de débâcle d'urine, et, après les mictions, la tumeur ne changeait pas de volume; une zone de sonorité la séparait du foie. En avant, la submatité indiquait la présence du côlon aplati entre la paroi abdominale et la tumeur qui était rétro-péritonéale et ne pouvait provenir que du rein. Les urines, rendues en quantité normale, étaient pleines de pus. En les laissant déposer, le pus occupait la moitié de la hauteur du liquide. Chaque soir, la température oscillait entre 39°5 et 40°4. De toute sa personne s'exhalait une odeur fétide, on eût dit du poisson pourri, et, malgré les bains nombreux que je lui fis prendre avant de l'opérer, cette odeur persista assez longtemps.

L'ayant fait entrer dans ma clinique, je lui fis une néphrotomie. Le 30 mai, après avoir traversé une notable épaisseur de la paroi corticale du rein, je tombai dans une poche qui donna issue à environ trois litres de pus très fétide.

Un gros drain fut enfoncé dans la plaie qui fut recouverte d'un pansement aseptique. Dès le lendemain, la température était tombée à 37 degrés. Les urines ayant cessé de contenir du pus, la poche ayant été désodorisée et désinfectée par des injections d'eau oxygénée, la malade retourna chez elle au bout de sept jours. Il

lui avait été recommandé de prier son médecin de lui faire des injections d'eau oxygénée par le drain et de le retirer dès que la cicatrisation de la poche le permettrait.

Je n'en avais plus entendu parler et je la croyais guérie, quand elle revint à mon cabinet à la fin d'avril 1901.

Elle était encore dans un plus triste état que lorsque je l'avais quittée un an auparavant. La peau plombée, l'aspect cachectique, elle avait encore maigri. Le drain que je lui avait mis n'avait pas été changé une seule fois et laissait écouler un pus abondant et fétide. Sa tumeur, augmentée, remplissait tout le flanc droit et descendait jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Je la fis entrer de nouveau à la clinique où je l'opérai le 3 mai 1901.

Le chloroforme était donné par le Dr Gamiot, et j'étais aidé par les Drs Bourgeois et Deseille.

Je me proposai d'enlever la tumeur d'un seul bloc afin d'éviter que le pus ne souillât la plaie ; à cet effet l'orifice de la fistule fut solidement fermé par deux puissantes pinces à griffes qui furent recouvertes et enveloppées par des compresses stérilisées. L'incision partant de la dernière fausse côte passait en avant de l'ouverture obturée de la fistule, et, s'incurvant en avant, allait jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. En arrivant sur le péritoine, j'essayai de le séparer de la tumeur avec le doigt garni d'une compresse stérilisée et de le récliner en dedans. Mais il adhérait si intimement à la tumeur, soudée à l'appendice et au péritoine du côlon ascendant, qu'il se rompit. Le paquet intestinal fut alors repoussé du côté du ventre et soigneusement isolé du champ opératoire par un lit de compresses stérilisées. Le haut de la plaie fut également garni de compresses stérilisées afin d'isoler le foie qui apparaissait dans la plaie à chaque mouvement respiratoire. Pour me donner du jour, je prolongeai l'incision en arrière parallèlement à la crête iliaque, et, avec le doigt toujours recouvert d'une compresse stérilisée, je continuai à isoler profondément la tumeur du côté du ventre.

La décortication était assez avancée, l'uretère reconnu était sectionné entre deux pinces, quand tout à coup une traction sur la tumeur l'ayant fait presque entièrement basculer en dehors, le champ opératoire fut inondé d'un flot de sang veineux jaillissant de la profondeur. Le jet, de la grosseur du doigt, s'élançait avec tant d'impétuosité que, n'était la couleur du sang, on eût dit le jet d'une artère. Je saisis le vaisseau blessé entre le pouce et l'index gauche dont les extrémités arrivaient contre la colonne vertébrale, et je mis une pince au-dessus et au-dessous. Le champ opératoire ayant été nettoyé, je cherchai à me rendre compte du vaisseau qui avait été déchiré. C'était une veine grosse comme le

pouce, couchée le long de la colonne vertébrale, à droite : la Veine Cave inférieure, déchirée latéralement sur une longueur d'un centimètre.

La déchirure siégeait sur la partie externe du vaisseau, à deux travers de doigt en dessous des vaisseaux du hile du rein.

Malgré les deux pinces, il s'écoulait encore du sang du vaisseau blessé; la prise en était malaisée à cause de la profondeur de la plaie et de la colonne vertébrale, contre laquelle buttaient les extrémités des pinces. Puis, voulant tenter de réparer la brèche par une suture latérale au catgut n° 1, je n'osai serrer mes pinces à fond, de crainte de contusionner la Veine Cave. La suture fut pénible à cause de la profondeur de la plaie et du sang qui m'aveuglait; aussi voyant qu'elle était insuffisante pour arrêter l'hémorragie, quoi qu'il en pût survenir, je soulevai la Veine Cave, deux fils de catgut n° 3 furent passés en dessous d'elle, et je la liai solidement en amont et en aval de mes deux pinces, au-dessus et en dessous de la déchirure : l'écoulement de sang cessa complètement.

Les vaisseaux du rein furent alors isolés et liés séparément, veine et artère, avec du catgut n° 3. Puis un coup de bistouri, circonscrivant, assez loin en arrière, l'ouverture de la fistule permit d'enlever la pyonéphrose tout d'une pièce avec son abouchement à la peau, sans que le pus ait eu le moindre contact avec la plaie.

La pince qui étreignait l'uretère fut remplacée par une ligature au catgut et le petit orifice fut abandonné après avoir été touché au Paquelin. Un drain fut placé dans l'angle inférieur de la plaie et le ventre fut refermé par quatre plans de suture au catgut et au fil : péritoine, muscles, aponévroses et peau. Le tout fut recouvert d'un épais pansement stérilisé.

La tumeur enlevée, grosse comme une tête de fœtus à terme, n'avait rien, comme aspect, qui rappelât le rein. Elle était formée d'une série de poches séparées les unes des autres par des cloisons, et, en la fendant, de toutes les poches s'écoulait un pus épais et fétide.

A peine reportée dans son lit, la malade reçut un litre de sérum en injection sous-cutanée.

Dans la journée, les douleurs, assez vives, furent calmées par une petite injection de morphine; la sonde ramena 200 grammes d'urine trouble, la température fut de 36,8 le soir.

Le 4. La nuit a été passable, elle a un peu reposé. La sonde a ramené 800 grammes d'urine. Le pansement est levé. Le drain est retiré, n'ayant donné qu'un peu de sérosité rougeâtre. A la suite d'un lavement, il y a des gaz et un peu de matière. L'opérée a vomi trois fois et ne se plaint guère que de la soif. La température du matin a été de 36,8, celle du soir de 37 degrés.

Le 5. Deux selles spontanées dans la nuit. Elle a uriné seule un litre d'urine trouble et rougeâtre. Température du matin, 36,5; du soir, 37 degrés. Le ventre est souple, la soif est calmée et elle n'accuse plus de douleurs. Il y a un œdème appréciable des deux jambes, un peu plus marqué à gauche qu'à droite.

Le 6. Pansement; il y a un petit abcès cutané qui est évacué en enlevant trois points de suture; 1.500 grammes d'urines plus claires. L'état général est parfait, température normale.

Le 8. Il n'y a plus qu'un écoulement de pus insignifiant par le trajet du drain, mais ce pus est très odorant à cause du voisinage de l'intestin et de la saleté invétérée de la malade; 1.800 grammes d'urines très claires.

Le 11. Enlevé les sutures; tout a repris par première intention, sauf l'orifice du drain qui est notablement rétréci et qui était complètement fermé cinq jours après.

Le 20, elle quittait la clinique complètement guérie. Un peu d'œdème persistait encore dans les jambes, mais sa santé générale était parfaite.

Je l'ai revue le 25. La guérison s'est confirmée. Quand elle fatigue, ses jambes enflent encore, surtout la gauche; mais par le repos, l'œdème disparaît complètement. Ses urines, absolument claires, ne contiennent ni sucre ni albumine. On ne remarque pas de développement des veines tégumenteuses abdominales; la circulation collatérale suppléant la Veine Cave n'est pas apparente.

Elle a été revue le 15 juin. La guérison ne s'est pas démentie. La circulation veineuse est parfaite, les jambes n'enflent plus, même par suite de la fatigue. Les veines superficielles de la paroi abdominale sont peu développées, le ventre est plat et indolore.

Je l'ai revue à la fin d'août 1901, sa santé était excellente, et j'ai su encore tout récemment qu'elle se portait à merveille.

Subluxation du pubis gauche et rupture totale de l'urètre membraneux,

par M. A. MIGNON.

Je voudrais vous communiquer l'observation d'un blessé chez lequel j'ai diagnostiqué une fracture du pubis avec déchirure extra-peritonéale de la vessie, et qui était atteint en réalité d'une subluxation du pubis et d'une rupture de l'urètre membraneux.

Le 23 janvier 1902, le cavalier B*** tomba à terre avec son cheval qui avait l'habitude de pointer, c'est-à-dire de se dresser

sur les extrémités postérieures. Le bassin du cavalier fut pris entre le sol et le cheval.

Quand je vis le blessé, quatre heures après l'accident, il se plaignait de douleurs vagues dans la partie inférieure de l'abdomen et d'une impotence complète du membre inférieur gauche. Celui-ci était étendu sur le lit et présentait à sa racine une tuméfaction diffuse avec une ecchymose de la largeur de la main au niveau du pubis gauche.

Je pensai de suite à une fracture du bassin et je comprimai latéralement les deux épines iliaques, ce qui détermina une douleur très vive du côté du pubis. J'entendis même, à ce moment, un bruit rude très net que le malade rapporta aux environs de la symphyse. Il me sembla donc qu'il avait une fracture du pubis : la région postérieure du bassin n'était pas douloureuse.

Ce diagnostic me faisait un devoir de rechercher l'état des voies urinaires. Toute la partie sous-ombilicale du ventre était sensible. La région hypogastrique était légèrement saillante et mate sur une surface de quatre travers de doigt. Le malade n'avait pas uriné depuis sept heures et n'en sentait pas le besoin.

Je tins cependant à faire le cathétérisme et je passai dans l'urètre une sonde molle de Nélaton. Elle entra jusqu'au bout sans aucune difficulté et sans provoquer de souffrances. Il ne sortit que quelques gouttes de sang.

Je complétai l'examen par le toucher rectal qui ne détermina aucune douleur, ni du côté du pubis, ni sur la prostate, ni sur le bas-fond vésical. Les régions périvésicale et périrectale étaient souples.

Je fixai la sonde à demeure et revins une heure après : je constatai qu'un peu d'urine sanguinolente avait été rendue dans l'urinal.

Le lendemain matin, je trouvai la sonde urétrale en place, et la quantité d'urine émise pouvait être évaluée à un litre environ. Elle était sanguinolente. Le malade avait passé une bonne nuit et ne souffrait que par intermittences du côté de l'aine.

Malgré ce bon état apparent, je n'étais pas tranquille. Je priai M. le médecin-chef du Val-de-Grâce de voir le malade avec moi et nous procédâmes ensemble à un nouvel examen minutieux du blessé.

Le facies était un peu tiré, mais sans masque péritonéal. Température normale. Pouls régulier à 64. Quelques douleurs dans le bas-ventre, sensation du besoin d'uriner avec conscience de ne pouvoir le satisfaire. L'abdomen était un peu ballonné et douloureux dans sa portion sous-ombilicale. On délimitait à la percussion une zone de matité sus-pubienne moins étendue que la veille.

Le toucher rectal pratiqué à nouveau indiquait cette fois un peu d'empâtement sous-vésical et déterminait une légère douleur à droite du bas-fond de la vessie. Le périnée était souple, sans tuméfaction et sans ecchymose. Il fut décidé que j'interviendrais.

J'admettais un trait de fracture du pubis gauche près de la symphyse, sans fracture de la branche descendante, et une lésion des voies urinaires nettement indiquée par l'hématurie.

Un épanchement d'urine dans le tissu cellulaire prévésical me semblait exister, à en juger par les douleurs sous-ombilicales, la matité hypogastrique malgré la sonde à demeure, et le ballonnement du ventre; et j'attribuais cet épanchement à une petite déchirure de la partie antérieure extrapéritonéale de la vessie. La déchirure intrapéritonéale n'était pas probable, vu l'absence de réaction du péritoine.

Je craignais surtout que l'infiltration urineuse n'amenât l'infection de la fracture supposée de la branche horizontale du pubis.

L'opération a lieu le 24 janvier, à 9 heures du matin, soit vingt et une heures après l'accident.

Le malade est placé sur le plan incliné et je pratique l'incision de la taille hypogastrique.

Aussitôt après la section de la ligne blanche, je vois sortir d'une cavité rétro-pubienne une grande quantité de liquide sanguinolent semblable à celui recueilli dans l'urinal, et qui est évidemment un mélange d'urine et de sang. J'étanche avec peine cette cavité rétro-pubienne et je constate alors : 1° que le pubis gauche n'est pas fracturé, mais subluxé de 5 millimètres en arrière; 2° que la vessie, un peu reportée en arrière par l'épanchement rétro-pubien, forme un globe arrondi, régulier, fluctuant, recouvert de lames celluleuses infiltrées de sang. La palpation la plus forte que j'ose pratiquer ne la réduit pas de volume et ne détermine aucun courant liquide. Il faut se décider à reconnaître qu'il n'y a pas de déchirure vésicale.

Et, cependant, je suis certain que le liquide étanché de la cavité prévésicale contient de l'urine. C'est donc qu'il existe une déchirure de l'urètre membraneux.

Je m'en assure en remplaçant la sonde molle restée dans le canal de l'urètre par une sonde métallique. Celle-ci, arrivée au pubis, ne peut être abaissée, mais on lui imprime quelques petits mouvements de rotation. L'urètre est donc coupé au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée, et on peut même déduire des mouvements de rotation de l'extrémité de la sonde que la rupture du canal est complète. C'est en vain que j'ai essayé de sentir, avec le doigt glissé entre les ligaments pubio-vésicaux, le relief du cathéter.

Ni mes assistants ni moi n'avions prévu cette possibilité, et je me suis trouvé un moment arrêté.

J'ai pensé et j'ai procédé tout de suite au cathétérisme rétrograde. La vessie incisée contient un demi-litre environ d'une belle urine ambrée, sans odeur. Un Béniqué est enfoncé dans le col vésical et s'arrête à son tour au niveau du pubis. Je ne puis pas mettre au contact les deux cathéters, vésical et urétral, ce qui indique une divergence des deux bouts du canal.

Il n'y a plus qu'à pratiquer une boutonnière périnéale pour rétablir la continuité de l'urètre.

Le plan incliné est abaissé, et le malade mis dans la position de la taille périnéale. Je fais une incision médiane sur le périnée, de la racine des bourses à 2 centimètres de l'anus, et je constate que le canal de l'urètre a été entraîné par le pubis gauche et est dévié à gauche. En suivant le cathéter métallique, j'arrive sur le plan de l'aponévrose moyenne et me rends compte que l'urètre ne le traverse plus. Mon doigt reconnaît, dans son exploration, l'arête du bord inférieur du ligament sous-pubien, et s'engage dans un orifice situé sur la ligne médiane et tapissé, à l'intérieur, d'une muqueuse recroquevillée que le doigt repousse devant lui. Cet orifice est évidemment le bout postérieur de l'urètre; ce m'est une surprise de l'avoir trouvé aussi aisément.

Le temps de l'opération le plus difficile fut d'amener le cathéter vésical dans la boutonnière périnéale. J'avais beau en varier les mouvements, son extrémité n'arrivait pas à passer dans le périnée. Je dus aller le saisir dans la vessie, avec une pince de Kocher introduite sur mon doigt par l'urètre membraneux, et l'attirer directement entre les lèvres de la plaie.

Après quoi tout alla bien. Une sonde molle passée du méat au périnée fut amarrée au bout du cathéter vésical et conduite par lui dans la vessie. J'attirai même la sonde, préalablement percée de petits orifices, jusqu'entre les lèvres de la plaie abdominale, et ses deux extrémités furent prolongées par deux longs tubes, afin d'assurer un drainage vésical par les voies hypogastrique et urétrale.

Il ne fallait pas songer à la suture des deux bouts de l'urètre, puisque le bout postérieur était rétracté au delà du plan de l'aponévrose.

L'incision périnéale fut suturée, et je revins à la région hypogastrique.

Ici un nouvel incident : l'hémorragie de la cavité prévésicale est très abondante. Les pinces à forcipressure sont sans effet et on doit pratiquer le tamponnement de la cavité avec des compresses de gaze.

Fermeture de la vessie en laissant libre le passage de la sonde, et suture de la paroi abdominale, sauf aux points de passage de la sonde et des tampons.

Placement du malade dans une gouttière de Bonnet.

L'opération a duré une heure et demie.

Vous me demanderez peut-être pourquoi je n'ai pas fermé la vessie qui était saine, et pourquoi je l'ai drainée par la voie hypogastrique, ce qui pouvait amener une infection de la région prévésicale avec ses redoutables complications. J'ai craint que le défaut de suture des deux bouts de l'urètre ne rendît impossible la réintroduction de la sonde urétrale, si celle que je voulais placer à demeure n'était pas tolérée ou était expulsée.

Les phénomènes ultérieurs ont d'ailleurs justifié cette conduite. La réparation s'est faite heureusement sans infection. Il n'y a eu ni élévation de température ni rougeur des plaies hypogastrique et périnéale. Les tampons de la cavité prévésicale ont été changés tous les jours pour éviter la souillure du bas-fond de la cavité par quelques gouttes d'urine.

Le gonflement, la douleur, la gêne des mouvements résultant de la luxation du pubis ont disparu peu à peu pendant que l'attention était portée du côté des voies urinaires. La gouttière de Bonnet n'a pas été tolérée et a dû être supprimée le troisième jour.

Le toucher rectal, pratiqué vingt jours après l'accident, a décélé une induration périprostatique et sous-vésicale qui a mis longtemps à disparaître.

La sonde à demeure, — avec ses deux tubes de prolongement urétral et hypogastrique, — telle que je l'avais fixée le jour de l'opération, a été maintenue pendant douze jours; la sonde hypogastrique a mieux fonctionné que la sonde urétrale, et des lavages à l'eau boriquée ont dû être faits dans la vessie dès le troisième jour, à cause de l'incrustation de la sonde urétrale par des dépôts calcaires blanchâtres.

Le 5 février, je débarrasse le malade de son système de drainage et je projette de remplacer celui-ci par une seule sonde urétrale à demeure, afin d'obtenir la fermeture de la vessie. Mais toute sonde, dure ou molle, mise dans l'urètre antérieur, s'arrêtait au pubis. Je prolongeai les essais pendant une demi-heure, et je n'aurais pas pu conduire une sonde du méat dans la vessie, si la vessie n'avait pas été encore ouverte.

Voici en effet ce qu'il a fallu faire : je dus désunir les lèvres de la plaie périnéale, emplir la vessie d'eau boriquée par la plaie hypogastrique, faire uriner volontairement le malade et me guider sur le courant liquide pour introduire par le périnée dans la vessie une bougie à boule. J'amenai l'extrémité de cette bougie

hors de la vessie avec une pince de Kocher et fixai sur elle l'orifice d'une sonde de Pezzer. Attirer la sonde de Pezzer au périnée, la faire passer dans l'urètre antérieur ne demandèrent plus que quelques instants.

Cette sonde de Pezzer a été très bien tolérée pendant huit jours, après lesquels une sécrétion muco-purulente apparut au méat. Il fallut retirer la sonde à demeure.

L'orifice de la vessie s'était fermé en quarante-huit heures.

Nous voilà à la troisième phase de l'observation. Le malade n'a plus de sonde à demeure. Comment va-t-il uriner? Par le méat ou le périnée qui n'était pas tout à fait cicatrisé.

C'est surtout par le périnée qu'il urina. Il ne passa que très peu de liquide par l'extrémité antérieure de l'urètre.

J'essayai en vain de le sonder : toutes les sondes s'arrêtaient au périnée. L'émission de l'urine par le périnée avait fini par déterminer un prolongement anormal du bout postérieur de l'urètre.

J'entrepris le 7 mars, quarante-trois jours après l'accident, de rétablir la continuité du canal. Pour cela, je rouvris le périnée, je curettai un trajet fongueux, je fis passer une sonde du bout antérieur dans le bout postérieur de l'urètre, en me guidant pour trouver l'orifice postérieur du canal sur la dépression sous-jacente au ligament sous-pubien, que j'avais déjà prise la première fois comme point de repère. Puis, j'enveloppai la sonde de toutes les parties molles profondes du périnée que je pus prendre dans des fils de catgut. Au-dessus de ce plan profond, je suturai les téguments.

La guérison a été cette fois complète.

Je dus retirer la sonde le troisième jour, l'urine passant plus autour d'elle que dans son canal; mais la miction normale était rétablie. Elle se faisait en totalité par le méat et le jet avait son ampleur ordinaire.

B... a quitté l'hôpital le 23 avril. Il n'urine plus que quatre ou cinq fois par jour et reste les douze heures de nuit sans uriner. L'urine a sa composition normale.

Le cathétérisme vésical est facile avec des bougies n°s 16, 17 et même 19. Je l'ai déjà fait plusieurs fois depuis le rétablissement du canal de l'uretère.

Cette observation peut se résumer dans le diagnostic de subluxation du pubis gauche avec rupture totale de l'urètre membraneux et infiltration d'urine dans la cavité prévésicale, consécutivement à un enserrement du bassin entre le sol et le corps d'un cheval.

Elle me semble assez intéressante pour que nous revenions sur ses principaux points.

Et d'abord la filiation des accidents. La lésion initiale, la subluxation du pubis, est rare. La disjonction s'est faite entre le

pubis gauche et le fibro-cartilage de la symphyse, comme c'est la règle au dire de Salleron. Il y a eu comme signes principaux de cette subluxation la localisation du maximum de la douleur au niveau de la symphyse, l'ecchymose paramédiane, et le bruit rude de frottement provoqué par le rapprochement des deux épines iliaques.

La section de l'urètre nous paraît s'être faite sur l'arête du ligament sous-pubien (qui est aussi vive chez la plupart des sujets qu'une lame tranchante) au moment de la luxation du pubis gauche. La déviation de l'urètre à gauche, que nous avons constatée deux fois chez le blessé, témoigne du déplacement imprimé au canal de l'urètre.

Les principaux phénomènes cliniques sont maintenant très faciles à expliquer. La sonde molle qui a été poussée dans le canal de l'urètre n'a pas dépassé le périnée où elle s'est pelotonnée, et elle n'a fonctionné qu'après les efforts du malade pour uriner. L'urine était alors déversée dans le périnée et évacuée immédiatement par la sonde : c'est pour cela que nous n'avons pas constaté de tuméfaction périnéale. Quant à l'infiltration de la cavité prévésicale, elle résultait probablement d'une fissure de la portion sus-aponévrotique de l'urètre membraneux.

Pouvons-nous revenir avec utilité sur l'erreur de diagnostic que j'ai commise en admettant une déchirure extra-péritonéale de la vessie? Il faut avouer que les plus grandes présomptions étaient en faveur du traumatisme vésical. Le blessé déclarait avoir reçu le poids du cheval sur le ventre; il souffrait plus de la région hypogastrique que de tout autre endroit. Le toucher rectal était indolent. Il n'y avait ni écoulement de sang par le méat, ni ecchymose du périnée, ni infiltration périrectale; et parmi les phénomènes observés le lendemain matin, le ballonnement du ventre, la douleur et la diffusion de la matité hypogastrique fixaient encore l'attention sur la vessie. On avait même le droit de considérer comme signes favorables à l'hypothèse de la rupture vésicale la facilité avec laquelle la sonde employée pour l'exploration des voies urinaires avait pénétré jusqu'au bout, ainsi que l'écoulement régulier et permanent de l'urine par la sonde après l'issue de quelques gouttes de sang.

Et d'ailleurs, pourquoi la symptomatologie de cette rupture de l'urètre membraneux n'aurait-elle pas été très voisine de celle de la déchirure extra-péritonéale de la vessie, puisque le blessé avait, en réalité, une infiltration d'urine dans sa cavité prévésicale, tout comme il l'aurait eue si la vessie avait été intéressée?

Cependant, j'aurais pu prévoir la vérité, si j'avais fait immédiatement ce que j'ai fait pendant l'opération, pour me rendre

compte de l'état de l'urètre, si j'avais employé un cathéter métallique au lieu d'une sonde molle. J'aurais vu que le cathéter cheminait aisément jusqu'au pubis et ne pouvait plus être alors abaissé. J'aurais compris que la continuité de l'urètre postérieur était interrompue.

Quant au traitement opératoire, je l'ai forcément conduit d'après les impressions du moment plutôt que d'après un plan arrêté à l'avance, puisque mes prévisions cliniques ne se sont pas vérifiées. Je me suis demandé bien des fois plus tard si j'aurais pu faire autre chose que ce que j'ai fait. Il fallait ouvrir la région hypogastrique pour étancher l'infiltration d'urine et s'opposer à l'infection du foyer de fracture présumée. Mais était-il nécessaire d'ouvrir la vessie? Le drainage hypogastrique me semble avoir été un des principaux facteurs de la guérison du malade ; et, à ce compte, je ne regrette pas d'avoir pratiqué la cystotomie. Mais je dois dire que le cathétérisme rétrograde n'est pas nécessaire pour trouver le bout postérieur de l'urètre sectionné au ras de l'aponévrose moyenne. La rétraction de l'urètre laisse subsister au-dessous du ligament arqué du pubis une dépression circulaire représentant la tranche de section du canal. Ce repère que j'ai rencontré très fortuitement dans la première opération m'a été très utile dans la deuxième intervention ; et j'en ai vérifié la valeur sur le cadavre. Je crois qu'on peut établir, en règle générale, que pour trouver l'orifice postérieur de l'urètre membraneux rupturé, il n'y a qu'à mettre le doigt au-dessous du ligament sous-pubien et sur la ligne médiane : l'extrémité du doigt entre dans la lumière du canal et sent nettement une petite collerette de muqueuse recroquevillée qu'il repousse devant lui.

Une observation très voisine de la précédente a été résumée dans les *Annal. des mal. des org. gén. urin.*, 1899, p. 67. Elle appartient à M. le Dr Ferria. Le blessé de notre confrère italien a bien guéri comme le mien.

Cependant, le pronostic de semblables traumatismes sera toujours sérieux, et le bon état des voies urinaires est la meilleure garantie de la guérison du blessé. B... avait une muqueuse urétrale saine et une santé générale parfaite. Il n'en a pas moins fallu faire promptement des lavages de la vessie pour diminuer les dépôts calcaires, et on a dû retirer la sonde de Pezzer plus tôt qu'on ne l'avait projeté, à cause d'une suppuration de la partie antérieure du canal de l'urètre.

M. Bazy. — J'ai observé un cas qui se rapproche par quelque côté de celui de M. Mignon. Il s'agit d'un malade que j'ai dû opérer ultérieurement avec mon ami M. Rochard, et qui, dans une

chute de cheval, s'était fait une double fracture verticale du bassin. Comme chez le malade de M. Mignon, il y avait, au lieu d'une fracture, une disjonction de la symphyse pubienne, le corps du pubis droit dépassant en haut celui du côté gauche de plus de deux centimètres.

J'ai pu constater ces lésions, parce que le malade, ayant eu une rupture de la vessie, avait fait un phlegmon diffus péri-vésical et péri-urétral, que j'ai dû inciser au niveau de l'hypogastre et au niveau du périnée. J'ai pu donc voir la lésion et la toucher du doigt.

Un autre point est intéressant. Je n'ai pas l'expérience du traitement opératoire des ruptures récentes de la portion membraneuse de l'urètre. Je ne puis donc dire ce que j'aurais fait en pareille circonstance; mais ce qui est certain, c'est que, pour ce qui est des rétrécissements consécutifs à ces traumatismes, la seule façon de les aborder (et ce point a été bien mis en lumière dans la thèse de mon élève Ravanier), c'est après avoir incisé le périnée, d'ouvrir la vessie et de faire le cathétérisme rétrograde.

Par le périnée, il est impossible, dans ces cas, de trouver le bout postérieur de l'urètre, et je le dis d'autant mieux que, dans les rétrécissements du périnée, quand j'ai dû faire l'urétrotomie externe ou l'urétrectomie, je n'ai jamais échoué dans la recherche du bout postérieur que j'ai toujours trouvé.

Donc, ne connaissant pas le cas de M. Mignon, qui a trouvé très facilement ce bout postérieur dans un cas de rupture récente, j'aurais certainement fait comme lui et pratiqué l'incision hypogastrique, d'autant qu'il existait une infiltration d'urine dans le tissu cellulaire prévésical.

Quant à la sonde de De Pezzer, j'ai renoncé à l'employer à cause de l'irritation qu'elle détermine du côté du col de la vessie, et de la difficulté qu'on éprouve à la retirer. J'emploie volontiers dans ces cas-là la sonde en gomme que l'on peut très bien fixer et maintenir.

Présentation de malades.

Ostéo-arthrite syphilitique du poignet.

M. Walther présente une jeune femme atteinte d'une ostéo-arthrite syphilitique du poignet. — Les lésions consistaient en un gonflement considérable de l'extrémité inférieure du radius (gonflement dû à de la périostite et non à une augmentation du volume de l'os, comme l'a montré la radiographie), en un épanchement

articulaire assez abondant, avec épanchement dans les gaines synoviales. La douleur était très vive.

Sous l'influence du traitement spécifique, la douleur a disparu en deux jours, puis les lésions se sont rapidement modifiées. Aujourd'hui, l'épanchement articulaire a presque disparu. Il reste un peu d'épaississement des gaines et une tuméfaction légère de l'extrémité inférieure du radius.

M. Berger. — J'insiste sur la localisation de la lésion présentée par cette malade. Les localisations épiphysaires et bulbaires de la syphilis sont en effet rares.

M. Kirmisson. — Je vois bien ici une lésion osseuse et un épanchement dans les gaînes synoviales, mais l'articulation me paraît saine.

M. Walther. — J'ai indiqué, au début de la présentation, le fait que la malade avait perdu un peu de son intérêt, parce qu'elle a été très rapidement améliorée par le traitement et que son état n'est plus celui du jour de son entrée à l'hôpital. Elle avait alors un gros épanchement articulaire qui a en très grande partie disparu.

Abcès gazeux sous-phrénique.

M. Lejars. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de mon collègue M. Bourcy et au mien, une malade opérée et guérie d'un abcès gazeux sous-phrénique.

C'est une femme de quarante et un ans, entrée dans le service de M. Bourcy, le 18 novembre 1901, dans un état fort alarmant.

On relevait dans son histoire une fièvre typhoïde à l'âge de seize ans, deux crises de coliques hépatiques, et surtout une « gastrite » datant de 1889. Il était fort malaisé d'obtenir des renseignements précis sur cette gastrite; toujours est-il que la malade avait, depuis lors, souffert de l'estomac, et que, dans les deux derniers mois, les accidents s'étaient singulièrement aggravés. L'appétit était nul, l'état nauséeux presque continu; il y avait souvent de la fièvre, le soir; enfin la dénutrition s'accusait rapidement, et l'émaciation était devenue des plus marquées.

Quelques jours avant son entrée, la malade avait été prise brusquement, après le repas, d'une douleur aiguë dans la région épigastrique, bientôt suivie d'un ballonnement très notable de la région. Un médecin appelé conclut à une péritonite et adressa la malade à l'hôpital.

Le 19 au matin, la température est de 38°8; pouls à 120, petit, dyspnée intense; facies pâle, amaigri, tiré. A la région épigastrique, voussure, entièrement sonore, la sonorité se prolongeant dans toute la zone hépatique.

Le lendemain, la situation n'a pas changé; le météorisme reste toujours limité à la zone sous-ombilicale; au même niveau on perçoit les signes du pneumothorax, le tintement métallique et le bruit d'airain.

Ces constatations, et spécialement ce fait que le tympanisme masque entièrement la matité hépatique, font porter à M. Bourcy le diagnostic d'abcès gazeux sous-phrénique.

Le 20, à dix heures du matin, nous voyons ensemble la malade qui est opérée séance tenante.

L'état général est alors des plus précaires, le pouls tout petit, la respiration difficile, les urines rares, le facies profondément altéré.

Tout l'épigastre est soulevé par une voussure entièrement sonore, qui finit nettement au niveau de l'ombilic.

La malade étant prudemment chloroformée, nous incisons sur la ligne médiane, en pleine voussure; la paroi traversée, nous tombons dans le péritoine libre; ce n'est qu'à la partie toute supérieure de la plaie, sous l'appendice xiphoïde, que nous apercevons des fausses membranes jaunâtres, figurant le pôle inférieur d'une poche sous-diaphragmatique. Après avoir disposé un lit de compresses protectrices, la poche est ouverte, et il s'en échappe un flot de gaz et de pus fétide, grisâtre, mêlé de matières gastriques; le foyer s'étend fort loin sous le diaphragme, en arrière et à gauche. Une fois l'évacuation achevée, l'épiploon, du reste tassé en bourrelet, est suturé à la paroi abdominale transversalement, pour faire barrière et clore en bas la vaste cavité de l'abcès; ceci fait, deux gros drains y sont laissés, après un lavage à l'eau bouillie.

Dans les dix jours qui suivirent, tous les liquides ingérés passaient intégralement par la plaie épigastrique; l'alimentation rectale était seule possible; on y joignait naturellement les injections journalières de sérum artificiel à haute dose.

Nous ne pouvions croire à ce moment, tant l'aspect était misérable et la cachexie profonde, que la malade dût finalement survivre. Peu à peu la situation s'améliora pourtant : la déperdition de liquide par la plaie devint moindre, la cavité se rétrécit et se combla progressivement. Ce long travail a duré cinq mois et demi, aujourd'hui, et depuis un mois déjà, aucune trace de liquide gastrique ne suinte plus par le trajet qui s'est fermé de la profondeur à la surface et n'est plus représenté que par un petit point bour-

geonnant, exclusivement cutané; l'alimentation est redevenue normale, toutes les fonctions digestives s'exécutent à souhait, et la malade commence à engraisser.

Ce sont là des faits intéressants; et ici, le dénouement était si proche que nous ne pouvions nous attendre à un pareil résultat. D'autre part, lorsque ces malades guérissent, la guérison paraît d'ordinaire franche et définitive; je vous ai présenté, en 1897 (1), un opéré d'abcès gazeux sous-phrénique, que j'ai souvent revu depuis, et qui jouit d'une santé florissante. L'intervention semble devoir être bornée, d'ailleurs, à l'ouverture large et au drainage du foyer et de ses diverticules, s'il en existe; les pertes de substance, même très étendues, de la paroi gastrique (et, dans notre cas, la déperdition totale des liquides ingérés témoignait d'une vaste perforation) finissent, avec le temps, par se réparer et s'oblitérer; la démonstration en a été maintes fois fournie par les observations analogues à la nôtre.

M. Delbet. — J'ai opéré, il y a plusieurs années à Laënnec, un malade porteur d'un abcès gazeux sous-phrénique, consécutif à une perforation de la paroi postérieure de l'estomac, que je n'ai pu voir et par conséquent suturer. Comme ceux de M. Lejars, ce malade a merveilleusement guéri.

Ancien opéré de résection du maxillaire pour épithélioma.

M. Moty. — J'ai l'honneur de présenter pour la seconde fois un malade opéré en 1892 et dont l'observation a paru en 1893 dans nos bulletins. Le peu d'apparence de la déformation faciale est très remarquable, et le malade se sert très utilement de la moitié gauche de son maxillaire, au point de pouvoir casser des noisettes entre ses dents. Ce qui est encore plus remarquable, c'est qu'une récidive précoce sur la muqueuse buccale curettée peu après l'opération est restée depuis cette époque complètement immobile, bien qu'il se soit agi d'un petit épithélioma. Le malade a pris de l'arséniate de soude pendant quatre ans et a depuis lors cessé tout traitement. La santé générale paraissait très satisfaisante lorsqu'il fut pris, il y a deux mois, de diarrhée intermittente rebelle due à une appendicite tout à fait indolore et dont j'ai pu constater l'existence au grand étonnement du malade.

M. Berger. — J'ai revu ces jours derniers un jeune homme que j'avais présenté à la Société dans la séance du 15 novembre 1882.

(1) *Bull. et Mém.*, 1897, p. 649.

Je lui avais réséqué la moitié du maxillaire inférieur pour un ostéosarcome de cet os. Non seulement il est resté guéri, il n'a pas été atteint de récidive, mais il se passe parfaitement de l'appareil prothétique que je lui avais fait construire et que j'ai présenté à cette époque à la Société. La déviation de la moitié gauche du maxillaire, qui est très notable quand le malade ne fait aucun effort, se corrige d'elle-même dans la mastication; les rangées alvéolaires inférieure et supérieure se mettent au contact et la division des aliments se fait sans aucune difficulté. La déformation est masquée par le port de la barbe, personne ne se doute de la mutilation qu'a subie cet opéré qui vit comme tout le monde sans s'en préoccuper lui-même. C'est un exemple remarquable de guérison d'un ostéosarcome du maxillaire inférieur traité par la résection, guérison constatée au bout d'une vingtaine d'années. Ce cas montre, en outre, que point n'est besoin de recourir aux appareils de prothèse immédiats si ingénieux, mais d'une application difficile et parfois dangereuse, que construit si habilement M. Claude Martin, de Lyon, et que préconise l'école lyonnaise, pour éviter les déformations faciales à la suite des résections des mâchoires.

M. Moty. — Je m'associe à l'opinion de M. Berger, et je fais remarquer que dans le cas que je viens de présenter, tout appareil prothétique aurait sans doute été nuisible au point de vue de la récidive. J'ai trois opérés du même genre qui tous mangent sans appareil.

Rhinoplastie par la méthode italienne; modification nouvelle du procédé opératoire.

M. Berger présente un jeune sujet sur lequel il a reconstitué le lobule, la sous-cloison, la moitié des ailes du nez et une partie de sa face dorsale au moyen d'un lambeau emprunté au bras gauche par la méthode italienne modifiée, et laissé dix jours adhérent à son point d'attache jusqu'à la section du pédicule. Les parties en question avaient été arrachées quelques années auparavant par un coup de dent de cheval.

L'opération fut faite au mois de novembre dernier; les opérations complémentaires, en décembre et janvier. Le résultat final est excellent; la saillie nasale est presque normale, et les narines sont parfaitement formées, perméables à l'air, et elles ne présentent pas de tendance notable à la rétraction.

M. Berger a obtenu ce résultat par une modification de son procédé ordinaire de rhinoplastie italienne, modification dont voici le principe.

Avant de transplanter le lambeau brachial, M. Berger circons crit sur la face dorsale du nez, par une incision en U renversé à convexité supérieure, un lambeau cutané dont le sommet aboutisse plus ou moins haut à la racine du nez, dont la base soit située au bord même de la perte de substance et corresponde comme largeur à toute l'étendue de ce dernier. Il dissèque ce lambeau de haut en bas en le laissant adhérent au bord de la perte de substance auquel il prend attache et par où il doit continuer à se nourrir. Puis, après avoir fixé le lambeau brachial sur la plaie d'avivement ainsi largement pratiquée sur la face dorsale du nez, il applique sur sa face cruentée le lambeau nasal retourné qui pend au-dessous de lui et dont la face cruentée correspond à la face cruentée du pédicule du lambeau brachial. Ainsi doublé, le lambeau brachial présente plus de vitalité, plus de fermeté; il se prête mieux à la reconstitution d'un lobule et d'une sous-cloison très fermes.

Le pédicule du lambeau présente de la sorte deux faces non cruentées : l'une dorsale antérieure, constituée par sa propre face épidermique; l'autre inférieure et postérieure, constituée par le lambeau nasal retourné qui lui est accolé. Divisant ce revêtement cutané postérieur du pédicule du lambeau brachial par une incision verticale, M. Berger se sert des deux moitiés, ainsi séparées sur la ligne médiane, de ce qui était autrefois les téguments du nez pour refaire la surface interne et le revêtement cutané des narines; celles-ci de la sorte présentent un orifice et une cavité revêtus de peau de toutes parts. Cette circonstance permet d'éviter le resserrement cicatriciel de ces orifices et leur assure une béance permanente et suffisante.

Pour donner au lobule et à l'arête du nez leur forme, M. Berger se sert toujours de plaques en plomb mince, repliées en forme de tente, et dont l'angle dièdre pince en quelque sorte l'arête et le lobule du nez reformés et les forcent de se mouler sur lui; deux tubes à lumière triangulaire, introduits dans les narines, portent chacun une tige qui s'applique sur la face correspondante de la plaque de plomb et assurent ainsi sa fixité. Le tout est maintenu par un cordon élastique qui se fixe autour de la tête. Cet appareil est porté d'abord constamment, puis, pendant plusieurs mois, le plus souvent possible; on peut de la sorte à la fois assurer la béance des narines, et mouler en quelque sorte le nez en lui donnant la forme que l'on veut.

Présentation de pièce.

De la séparation des urines dans la vessie (séparateur de Luys).

M. Schwartz. — Comme cette question est actuellement à l'ordre du jour, permettez-moi de vous résumer en quelques mots une observation très intéressante à cet égard.

J'ai opéré, il y a six semaines, à l'hôpital Cochin, une jeune femme à laquelle j'avais pratiqué il y a quatre ans une néphrotomie pour une pyonéphrose tuberculeuse. Elle était alors dans un tel état qu'il ne fallait pas songer à une ablation du rein malade.

Elle guérit après des péripéties multiples, mais en conservant une fistule rénale lombaire par laquelle s'écoulaient par jour près de 2 à 300 grammes d'urines purulentes formées par le rein droit. Cette jeune femme fut cathétérisée par notre collègue Albarran qui ne parvint pas à franchir l'uretère courbé ou obstrué. Quoi qu'il en soit, après avoir fait l'épreuve du bleu de méthylène qui me montra une perméabilité complète du rein gauche, je fis, il y a de cela six semaines, la néphrectomie à droite. Cette néphrectomie ne put être menée à bien que par le morcellement du rein adhérent de tous côtés, mais surtout au niveau du hile. Je posai sur ce dernier une forte ligature et emportai largement tout ce qui se trouvait au-dessus, mais n'ayant pas la certitude d'avoir enlevé tout le parenchyme rénal à cause des difficultés de la pédiculisation.

Cette opérée est actuellement en voie de guérison. Plus une goutte d'urine n'est perdue par le trajet qui persiste encore au niveau de la région lombaire; et pour me rendre compte de ce que j'ai pu laisser de substance sécrétante de la glande, j'ai prié M. le Dr Luys de faire la séparation des urines dans la vessie.

Cela a été fait dimanche dernier. Vous pouvez voir que, tandis que le rein gauche a fourni un tube presque plein (de 10 centimètres cubes environ), le côté droit n'a guère laissé couler qu'un demi-centimètre cube de liquide un peu trouble que je n'ai pu faire analyser, mais qui doit être en grande partie de l'eau boriquée du lavage de la vessie. En somme, la séparation a parfaitement réussi et nous a fourni cette donnée que le rein droit a été enlevé dans sa presque totalité, sinon tout entier, que le rein gauche fournit presque à lui seul les 16 à 1.800 grammes d'urine que cette malade rend dans la journée.

Cette observation nous démontre le bon fonctionnement de l'appareil séparateur appliqué par M. Luys.

M. F. Legueu. — Je ne crois pas que M. Schwartz soit autorisé à tirer de sa présentation la conclusion qu'il en tire.

De ce que dans ses deux tubes il y a une différence de qualité et de quantité d'urines, il en conclut d'abord que la séparation des urines s'est faite. Soit : s'il en était autrement, le séparateur des urines n'aurait pas de raison d'être.

Mais M. Schwartz conclut ensuite qu'il a laissé un fragment de rein parce que, du côté opéré, le séparateur a donné quelques grammes d'urine trouble. C'est ici que je ne trouve plus la conclusion légitime.

Et je me demande si bien plutôt une légère filtration ne s'est pas faite à un moment donné de l'application de l'instrument, qui a troublé le résultat de l'analyse et l'interprétation que M. Schwartz nous en donne.

Vous dites : « Mais les urines, les 3 grammes d'urine du côté opéré sont troubles; les autres, celles du côté sain, ne le sont pas. » Mais la vessie de votre malade est infectée, et les leucocytes très dilués à gauche peuvent très bien laisser le liquide clair alors qu'à droite la même proportion de leucocytes, diluée dans une moindre quantité d'urine, donne lieu à un aspect manifestement trouble.

D'ailleurs, vous dites que vous avez enlevé le rein; vous avez donc lié l'uretère. Comment pouvez-vous admettre qu'un maigre morceau conservé d'un parenchyme rénal si altéré continue à donner une sécrétion régulière par la vessie?

Pour ma part, je ne saurais l'admettre, et je ne puis vraiment accepter cette conclusion de M. Schwartz quand il dit : « J'ai laissé quelques fragments de rein puisque je trouve au séparateur quelques gouttes d'urine du côté opéré. »

Je me permettrai de dire à mon collègue : « avant de déduire cette conclusion, prouvez-moi que pendant l'application de l'appareil il n'y a pas eu une filtration d'un côté à l'autre. »

M. Chaput. — Il y a peut-être une troisième hypothèse à faire, celle de la filtration, à côté de l'appareil, d'un peu d'urine qui, se mélangeant aux sécrétions de l'uretère du côté opéré, a pu donner le liquide trouble que nous voyons dans l'un des tubes.

M. Schwartz. — Ce que j'apporte, c'est un fait; on peut l'interpréter comme on le voudra, mais le fait de la séparation des urines existe; il n'y a aucun doute à cet égard.

Le Secrétaire annuel,
P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 21 MAI 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Ricard qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. Legueu offre à la Société le volume des *Leçons de clinique chirurgicale* qu'il vient de publier.

M. le Président remercie M. Legueu, au nom de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

Du diagnostic de l'appendicite gangréneuse,

par M. A. MIGNON.

On ne saurait trop remercier M. Quénu d'avoir tenté de réunir des observations pour établir le diagnostic précoce de l'appendicite gangréneuse, car le pronostic en est excessivement grave.

Un petit malade a succombé dans mon service, il y a huit jours,

à cette terrible affection, et l'impression pénible que m'a causé l'échec du traitement chirurgical, peut-être un peu tardif, me fait un devoir d'apporter ma modeste contribution à la solution de la question posée par M. Quénu.

Ma statistique n'est pas grosse : elle ne se compose que de trois cas, mais elle a l'avantage des statistiques personnelles qui rendent les comparaisons plus faciles.

Au point de vue de l'âge, je trouve deux adultes et un enfant.

Deux des malades n'avaient jamais eu de crise antérieure; l'autre était à la quatrième ou cinquième atteinte.

Le début n'a jamais été brusque, et deux des sujets ont pu continuer leurs occupations après les premiers malaises.

Dans un cas, les douleurs ont été très légères, si légères qu'on n'a pas fait le diagnostic d'appendicite et que la maladie a été prise pour une fièvre typhoïde. Ce n'est qu'à la fin de l'évolution de l'affection, et quelques jours avant la mort, qu'une suppuration hépatique a fait penser à une infection première d'origine appendiculaire.

Dans un autre cas, le malade s'est plaint tout d'abord de coliques en barre à la partie supérieure du ventre, et ensuite de douleurs localisées à la partie inférieure de la fosse iliaque. Ces douleurs étaient sourdes, permanentes, avec quelques exacerbations passagères.

Dans le troisième cas, les douleurs augmentent progressivement : d'abord très supportables et assez espacées, elles n'empêchent l'enfant ni d'aller au lycée, ni de dormir. Au bout de quarante-huit heures, elles deviennent continues et se localisent dans la fosse iliaque droite; la palpation révèle une sensibilité très vive au-dessous et en dehors du point de Mac-Burney; la défense de la paroi abdominale est accusée, mais limitée à droite. Le traitement par l'application large et continue de glace amena une sédation complète de tous les phénomènes pendant trente-six heures. Après quoi, reprise des douleurs qui sont excessives cette fois. Il suffit d'effleurer la peau au niveau de la fosse iliaque droite pour que le malade se dérobe et que sa figure se contracte. L'hyperesthésie dépasse la ligne médiane et s'étend légèrement à gauche. Le côté gauche de l'abdomen est dépressible, mais le droit est tétanisé. C'est à ce moment que l'opération est pratiquée.

La température des malades que j'ai observés est restée modérée, et le pouls en rapport avec la température.

Deux fois la diarrhée est notée et une fois la constipation.

Deux fois le visage présentait la teinte jaune de l'infection, avec de la rougeur en plaques des pommettes.

En somme, les caractères prédominants de la symptomatologie de l'appendicite gangréneuse sont ceux d'une toxhémie : diarrhée, teinte jaune des téguments, et une fois céphalalgie.

La marche de l'affection a été également, dans les trois cas, celle d'une septicémie : mes trois malades ont succombé, l'un à des abcès miliaires du foie, les deux autres à ces infections péritonéales, probablement lymphangitiques, qui amènent en quarante-huit heures le collapsus et la mort.

J'ai le regret de ne pouvoir parler des ganglions mésentériques. Je ne trouve pas mention de leur état dans mes observations. Je puis seulement dire que deux de mes malades avaient des ganglions dans leur méso-appendice.

Voici les trois observations justificatives des déductions précédentes.

Obs. I. — M..., vingt-trois ans. Entre à l'hôpital le 28 décembre 1900. Bonne santé habituelle. Tendance à la constipation.

Le 26 décembre, après une journée qui n'avait pas été plus fatigante que de coutume, M... fut réveillé pendant la nuit par un malaise général, quelques coliques et le besoin d'aller à la selle.

Le lendemain, il prit un purgatif et fit son service de brigadier, mais il fut obligé de se coucher dans la soirée.

Il est évacué de Bures (Seine-et-Oise) sur le Val-de-Grâce, le 28 décembre, et fait la route en chemin de fer et à pied, avec un peu de fatigue.

Je le vois dans la soirée, et suis frappé tout d'abord de la teinte d'infection du visage. Les téguments sont jaunes, surtout autour du nez et sur le front; les pommettes sont rouges et les conjonctives subictériques. La langue, saburrale, large et étalée, conserve l'empreinte des dents. Le ventre n'est ni ballonné ni rétracté. Il est un peu sensible dans toute son étendue, avec un maximum douteux de sensibilité au point de Mac-Burney. Pas de défense musculaire. Pouls régulier, ample, bien frappé : 84. T. 38°9.

Évidemment, le diagnostic le plus probable est celui d'appendicite, mais je mets un gros point d'interrogation. En tous les cas, je fais placer le sac de glace sur l'abdomen, et je me propose une observation attentive.

Dans les jours suivants, il n'est plus question de douleurs spontanées du ventre, et il faut déprimer et écraser en quelque sorte le cæcum pour éveiller un peu de sensibilité. Mais deux phénomènes bien nets sont constatés : de la céphalalgie et des selles diarrhéiques. Il y a des jours où le malade a une douzaine de selles par vingt-quatre heures. La température oscille entre 37°5 le matin et 38°5 le soir. Le pouls est à 80 ou 90.

Je fais appeler en consultation un de mes collègues de médecine, et nous concluons à une infection dothiénentérique possible. Le malade passe en médecine le 6 janvier 1901.

Là, on constate les phénomènes suivants que je transcris d'après la note qui m'a été remise.

6 *janvier.* — Torpeur intellectuelle et tendance au sommeil; lassitude; lourdeur de tête; peau et conjonctives jaunes; anorexie marquée; langue sèche; soif vive.

Estomac légèrement douloureux à la pression.

La pression sur l'abdomen n'est pas douloureuse, sauf au niveau du foie.

Deux selles. Matières blanc jaunâtre, couleur mastic.

Foie augmenté de volume; urines abondantes, avec un peu d'albumine et quelques pigments biliaires. P. 112.

Séro-diagnostic négatif.

8 *janvier.* — Foie légèrement moins volumineux.

Hier soir, vomissements; pas de selles. P. 120.

Abattement, lassitude, obnubilation.

Frisson assez violent le matin au moment de la réfection du lit.

10 *janvier.* — Le foie semble de nouveau augmenté de volume d'un bon travers de doigt.

Urine sans albumine, avec traces de pigment biliaire.

Pas de frisson. Même lassitude et lourdeur de tête. P. 98.

Plus de diarrhée.

13 *janvier.* — Mon collègue m'appelle à son tour en consultation, et je retrouve mon malade avec de l'ictère et une émaciation considérable.

Il m'est dit que M... a tous les jours des frissons plus ou moins prolongés, et des sautes de température de 2 degrés à 2 degrés et demi.

Le foie est hypertrophié : il arrive à un travers de doigt au-dessous du mamelon, de même qu'il déborde le thorax d'un travers de doigt.

Il me semble qu'il ne peut y avoir aucun doute dans le diagnostic d'une hépatite suppurée, et que celle-ci doit être rattachée à une appendicite légère traduite par les symptômes atténués du début.

Mon collègue fait une ponction hépatique pour vérifier le diagnostic et retire de la glande un peu de pus qu'un examen ultérieur montra chargé de microbes d'origine intestinale.

J'ai fait, immédiatement après la ponction, l'ouverture du foie au point d'où le pus avait été retiré, c'est-à-dire au niveau de la septième côte et sur la paroi latérale du thorax. Je ne trouvai pas de cavité purulente proprement dite, mais une substance glandulaire ramollie dans laquelle le doigt entrait aussi facilement que dans la gélatine.

Je me suis demandé s'il fallait réséquer l'appendice. Mais le malade ne souffrait pas du ventre, et je pensai que la lésion originelle était réparée. L'état du foie dominait la scène et me semblait devoir entraîner la mort du sujet.

Celle-ci survint, en effet, trois jours après.

L'autopsie a montré que l'appendice était appliqué sur la paroi postérieure de la fosse iliaque par des adhérences assez résistantes. Toute sa moitié inférieure était noire et sphacélée. Les veinules de ses parois étaient distendues et thrombosées. Pas de pus autour de lui.

Le foie était criblé d'abcès, et les ramifications de la veine porte remplies et entourées de pus.

Obs. II. — P..., vingt-deux ans. Entré à l'hôpital le 3 octobre 1900.

Aucun antécédent intestinal.

Le 25 septembre, dans la matinée, coliques en barre à la partie supérieure du ventre, qui se localisent peu à peu à la partie inférieure de la fosse iliaque droite. Ces douleurs sont sourdes, permanentes, avec des crises passagères.

Vomissements alimentaires dans les journées du 30 septembre et du 1er octobre. Diarrhée. Pas d'appétit. Un peu de fièvre.

Ne s'est présenté au médecin que le 27. T. 38 degrés.

4 *octobre*. — A notre premier examen, douleurs moins vives qu'au début. Une heure de sommeil. Pas de température. Pouls régulier, plein, 88.

Contraction musculaire à droite ; tuméfaction dans la fosse iliaque, de la largeur de la main, dont le diamètre transversal est à la hauteur de l'épine iliaque, et qui arrive à deux travers de doigt de la ligne médiane.

Opération par l'incision de Roux : abcès rétro-cæcal remontant en arrière du cæcum. L'appendice est accolé à la paroi externe du gros intestin. On a beaucoup de peine à le reconnaître et à le libérer ; il est sphacélé et putrilagineux ; son méso contient des masses ganglionnaires.

L'épiploon qui recouvrait la face antérieure du cæcum était rouge et non adhérent. Les anses grêles voisines n'étaient pas injectées.

5 *octobre*. — Euphorie rassurante. Pas de douleur. Figure reposée. T. 36°8. P. 60.

6 *octobre*. — Même état satisfaisant.

7 *octobre*. — A deux heures du matin, réveil brusque du malade par envies de vomir.

Le matin, facies grippé, yeux excavés, pouls petit, 104. T. 36°2. Langue sèche, hoquet. R. 32.

8 *octobre*. — Accentuation des phénomènes précédents. Adynamie cardiaque et refroidissement progressif.

Autopsie. — Anses intestinales distendues, injectées, sans exsudats. Epiploon reporté à droite descendant dans le bassin où il adhère à des anses grêles ; son bord droit s'insinue entre la fosse iliaque et le cæcum auquel il est fixé.

Le cæcum lui-même présente de fines arborisations à sa face antérieure. Il forme la paroi antérieure d'une poche limitée par des fausses membranes. Sur sa face externe, on retrouve le moignon appendiculaire avec une plaque de sphacèle. *Il y a des ganglions volumineux à l'angle du cæcum.*

La poche purulente rétro-cæcale ouverte pendant l'opération contenait encore un peu de pus. Elle était allongée verticalement et allait de la crête iliaque au détroit supérieur du bassin. A son angle supéro-interne se trouvait l'orifice d'un canal du calibre du doigt qui s'ouvrait sur une nappe purulente s'étalant sur la face postérieure droite de l'abdomen jusqu'à l'insertion supérieure du mésentère.

Obs. III. — G..., onze ans. Entré à l'hôpital dans la soirée du 9 mai.

Le mercredi 7 mai, pendant la classe du matin, l'enfant ressent des douleurs abdominales qui persistent le reste de la journée. Elles sont assez supportables pour ne pas empêcher le malade d'aller à la classe du soir.

La nuit du 7 au 8 est assez agitée.

Dans la journée du 8, intermittence des douleurs qui continuent d'être peu marquées. Une selle normale dans la matinée. Les parents, qui ont déjà assisté à quatre crises semblables, ne se préoccupent pas des phénomènes douloureux accusés par leur fils dont l'état général paraît, d'ailleurs, satisfaisant.

Le médecin est appelé dans la matinée du 9 : facies un peu coloré. T. 38°2. Pouls régulier et plein. Langue saburrale, humide ; pas de vomissements ; léger état nauséeux au moment de l'examen. Douleurs dans la fosse iliaque droite ; défense accusée, mais limitée à droite de la paroi musculaire de l'abdomen ; maximum de la sensibilité à la palpation *au-dessous et en dehors* du point de Mac-Burney. Du côté gauche, l'abdomen est souple et la palpation indolore.

Le petit malade est amené dans mon service, le 9 mai, à 2 h. 1/2. Il vient de faire en voiture le trajet de l'École militaire au Val-de-Grâce. Je le trouve dans un état à peu près semblable à celui de la matinée. La fosse iliaque droite est douloureuse et les muscles se contractent à la pression ; le pouls est à 92, avec des intermittences ; T. 38°4. La langue est humide ; pas d'envies de vomir. Un seul signe moins bon que les autres : la teinte jaune du visage avec des pommettes rouges.

Je crois pouvoir attendre, et je fais recouvrir le ventre de glace.

Ce traitement amène une sédation frappante de tous les phénomènes ; et, le 10 au matin : T. 37°4 ; P. 84, régulier, sans intermittences. Détente de toute la paroi abdominale, permettant une exploration profonde du ventre. On constate une zone de rénitence de la grandeur d'une pièce de 5 francs, inscrite entre le bord externe du grand droit, l'arcade fémorale et l'épine I. A. S. La formation d'une collection péri-appendiculaire isolée de la grande cavité péritonéale est dès lors prévue et surveillée.

Dans la nuit du 10 au 11, changement du tableau clinique : l'enfant est agité et énervé. Cette agitation va jusqu'au délire. Le malade, indocile, veut enlever sa glace.

Quand je l'examine, le 11 mai, à 8 heures du matin, je suis frappé de la gravité de la situation : facies citron ; pommettes rouges ; arythmie cardiaque ; P. 92 ; T. 37°8. Sensibilité excessive de la fosse iliaque droite. Il suffit d'effleurer la peau à ce niveau pour que le malade se dérobe et que sa figure se contracte. La douleur s'étend même à gauche de la ligne médiane. Vascularisation veineuse superficielle très marquée. Pas de vomissement.

Je pense à un processus gangreneux du côté de l'appendice et j'interviens immédiatement.

Incision de 10 centimètres parallèlement au bord externe du grand droit, et passant par le diamètre vertical d'une petite tuméfaction que

l'anesthésie permet de constater. Il faut faire descendre l'incision presque jusqu'à l'arcade crurale pour atteindre la limite inférieure de la tuméfaction.

Après l'ouverture du péritoine, on voit l'épiploon adhérer à la face antérieure de l'intestin. Un coup de doigt donné en dehors du cæcum, pour en commencer le dégagement, fait écouler une cuiller à bouche de pus verdâtre et ayant l'odeur habituelle de ces collections purulentes.

En soulevant le cæcum revêtu de l'épiploon, on trouve une saillie allongée, accolée sur son bord externe et sa face postérieure, et qu'une libération attentive permet de reconnaître pour l'appendice. Celui-ci est gros comme le petit doigt de l'enfant. Sa moitié inférieure est ulcérée, sphacélée et désorganisée. Je mets le fil aussi haut que possible, et ce que j'enlève n'est qu'une masse informe. Mais il ne peut y avoir de doute sur la nature réelle de la partie excisée, car on voit sur la tranche du moignon la lumière béante de l'appendice.

Un gros ganglion dans le méso-appendice.

Cautérisation du moignon au thermo-cautère. Cloisonnement du cæcum par des compresses de gaze. Drainage central.

Les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération ont été excellentes, et je croyais le succès assuré. Tous les phénomènes inquiétants avaient disparu : facies reposé, pouls régulier, 80. T. 38 degrés, sommeil calme.

Mais le mardi matin, 13 mai, le malade redevient agité ; le facies est grippé ; le pouls très affaibli, 88; T. 36°6; le ventre est rétracté. Je refais le pansement et retire les mèches de gaze : état parfait de la plaie.

D'heure en heure, la faiblesse du cœur s'accentue, et le malade succombe dans le collapsus, le 14 mai, à 2 heures du matin.

L'autopsie n'a pas été faite.

Abcès sous-phrénique gazeux. Laparotomie. Mort. Autopsie, par le Dr COUTEAUD, médecin en chef de la marine.

Rapport par M. ROCHARD.

Messieurs, vous m'avez chargé de faire un rapport sur une observation qui vous a été adressée par M. le Dr Couteaud, médecin en chef de la marine. Elle a trait à un abcès sous-phrénique gazeux dont l'étiologie est assez difficile à expliquer, ce qui arrive, du reste, parfois dans ces sortes d'affections; voici, du reste, les faits exposés par M. Couteaud.

Ali ben Mohammed, tirailleur algérien, vingt-quatre ans, sans antécédents morbides, avait pris part à l'expédition de Madagascar sans

autre dommage qu'un petit nombre d'accès de fièvre légers. Après la prise de Tananarive, il y séjournait depuis cinq ou six mois en excellente santé quand on l'envoya guerroyer dans le sud de l'Emyrne, la partie élevée et non paludéenne de Madagascar. Il se porta bien quelque temps. Puis, sans traumatisme, mais à la suite d'une *abondante ingestion d'eau froide*, il se sentit mal et alla trouver le médecin de son bataillon qui refusa de le reconnaître malade. Cependant, il souffrait réellement, dit-il, au niveau de l'estomac et de l'hypocondre droit, et il avait des vomissements bilieux. Ceci se passait le 14 avril 1896. Les jours suivants, les vomissements continuent, et des douleurs, tantôt vives, tantôt sourdes, s'étendent à la totalité du ventre qui grossit; urination normale, point de constipation. L'Arabe se traînait de halte en halte et payait ses camarades pour faire son service. Le médecin l'exempta enfin de service mais ne le trouva pas assez malade pour le faire monter en cacolet. En dernier lieu on l'évacua sur Tananarive où un second médecin jugea urgent de l'évacuer sur l'hôpital le 25 avril au soir, sous la rubrique : anémie profonde. C'est là que je le vis. Ce tirailleur était vraiment à bout de forces, le corps émacié, la voix cassée, le teint terreux, les yeux excavés comme un cholérique, la langue sèche, un peu rôtie. En relevant le drap qui le recouvre, j'aperçois au-dessus d'un ventre volumineux une voussure arrondie occupant le mésogastre, empiétant sur les deux hypocondres, mais prédominant à droite. En la palpant, on peut la déprimer et déterminer un bruit hydroaérique, un vrai clapotement. L'abdomen est dur et météorisé dans son ensemble; une percussion malaisée semble indiquer une augmentation du foie et de la rate. Les espaces intercostaux se montrent avec leurs méplats bien accusés, sans aucun bombement. La voussure mésogastrique, principal siège des douleurs au début, est maintenant peu douloureuse. Temp. ax., 37°6. Pouls petit à 85. Point de hoquet ou de dyspnée marquée. Pas de réaction apparente, comme si l'inflammation péritonéale avait évolué à froid.

Les urines contiennent des pigments biliaires; pas d'albumine.

Opération. — Des confrères militaires auxquels je présentai le sujet me conseillaient, vu son état de faiblesse, l'anesthésie locale à la cocaïne. Je crus mieux faire en recourant au chloroforme et je n'eus pas à m'en repentir.

C'est donc presque une laparotomie *in extremis* que je fis le 26 avril au matin, avec l'aide de mes confrères militaires.

Incision de 7 centimètres sur la ligne médiane, à 3 centimètres du creux épigastrique; le bistouri pénètre à travers le grand épiploon soudé à la paroi abdominale. Le péritoine ouvert, 1.500 grammes environ de pus font irruption au dehors avec des gaz fétides; le pus est jaune, d'odeur fécaloïde, non crémeux, mêlé à des grumeaux de tissus sphacélés grisâtres. J'explore avec le doigt la plus grande partie de la face inférieure du foie qui déborde les fausses côtes d'un travers de doigt, et qui est grenue dans le voisinage du bord tranchant. La poche de l'abcès se termine en cul-de-sac non loin de la rate; même barrière pseudo-membraneuse grenue du côté de l'estomac et du côlon trans-

verse ; vers l'angle colique droit, on sent un diverticulum dont le fond échappe au doigt explorateur. La membrane qui tapisse tous ces organes est grisâtre, épaisse de 2 millimètres, et commence à se détacher sur quelques points. On ne trouve nulle part trace de perforation.

Lavage de la poche avec une solution bichlorurée au millième. Comme elle était naturellement marsupialisée par l'incision faite à travers les adhérences, toute suture des lèvres à la peau devenait inutile. Un drain est placé dans chaque cul-de-sac de droite et de gauche. Pansement à l'iodoforme et au coton.

Le pronostic restait très sombre, mais non absolument fatal à mes yeux.

Prescription : Régime lacté. Sirop de morphine.

Le soir de l'opération, temp. axil., 38°5 ; pouls, 114. Le lendemain, temp., 36°8; pouls, 95, bien frappé, résistant. Une selle. Le pansement est refait chaque jour après des lavages bichlorurés le 28 avril, pansement peu souillé; issue de quelques rares débris sphacélés. *Le foie et l'estomac* recouverts de la membrane pyogénique se montrent *à fleur de plaie*; météorisme abdominal moindre; ventre plus souple.

Le 1er mai, le pansement n'étant presque plus souillé par le pus, je le laisse en place pour quatre jours. L'appétit renaît, le malade ne souffre plus, et je commence à croire à une guérison. Une semaine se passe, confirmant mon optimisme. Mais, vers le 8 mai, l'appétit disparaît, la diarrhée s'établit et les forces déclinent, la température restant plutôt au-dessous de la normale. Puis la diarrhée devient incoercible, l'émaciation extrême, et, malgré la diminution considérable de la poche intra-abdominale, l'Arabe s'éteint sans douleur, le 13 mai, à 10 heures du soir.

Autopsie. — Le péritoine viscéral est épaissi et adhérent aux anses intestinales agglutinées; absence de tout semis tuberculeux. Point de collection dans la région iléo-cæcale. La poche de l'abcès, considérablement réduite, ne renferme plus de pus et pourrait contenir environ 40 grammes d'eau. Elle est formée en haut par une partie de la face inférieure du foie, en bas par le méso-côlon transverse, tous ces organes recouverts par une fausse membrane grisâtre, mince, adhérente ; à gauche, la même membrane la sépare de l'estomac ; à droite, se trouve un cul-de-sac constitué par des adhérences sans communication avec la cavité péritonéale; en avant, se trouve le grand épiploon soudé à la paroi; en arrière, la poche a pour parois la tête du pancréas dont la séparent des adhérences, la troisième portion du duodénum et la vésicule biliaire qui lui est soudée. Le duodénum est aplati, épaissi et coloré en jaune; la vésicule, refoulée à droite, adhère au foie; elle contient un liquide séreux, rouge brun, sans calculs. Foie petit, sans adhérences au diaphragme par sa face convexe; son lobe gauche adhère à la paroi abdominale au niveau de l'appendice xyphoïde ; son tissu paraît sain.

Telle est l'observation que m'a adressée M. Couteaud qui n'a pas été sans rechercher quelle était l'origine de cet abcès sous-phrénique gazeux.

Il s'est d'abord demandé s'il avait affaire à un abcès du foie ouvert dans l'abdomen, mais il a rejeté cette idée qui ne répondait ni aux commémoratifs ni à l'examen du foie, et du reste l'autopsie lui a donné raison. Il a ensuite pensé à une péritonite par perforation, mais, nous dit-il, un accident de cette nature eût comporté la mort en pleine brousse, loin de tout secours hospitalier. Il a aussi écarté un abcès de la rate ou une collection purulente développée sur une cholécystite calculeuse, la vésicule était du reste en bon état et avant l'intervention il a pensé à un kyste hydatique suppuré du foie, rompu dans le ventre, tout en se disant qu'il eût été bien extraordinaire que cet Arabe pût faire une campagne si pénible en portant un kyste hydatique. L'opération est venue démontrer le non-fondé de ce diagnostic, et notre confrère explique la genèse de cet abcès gazeux sous-phrénique de la façon suivante : après l'ingestion rapide d'une grande quantité d'eau fade, il se développa une gastro-entérite *a frigore* aboutissant à une péritonite enkystée sous-gastro hépatique ; et il s'appuie sur cette phrase de Lejars : « La suppuration sous-phrénique traduit alors une infection propagée à longue distance par voie lymphatique. »

Pour combattre avec succès une telle hypothèse, il faudrait en avoir une autre excellente, une certaine à mettre à la place, et j'avoue que je n'en ai pas. Pourtant il me semble difficile d'admettre l'explication de M. Couteaud, car je suis surtout frappé par l'apparition brusque et soudaine des premiers accidents après une ingestion abondante de liquide.

Je serais plutôt tenté de croire à une petite perforation de l'estomac s'étant produite au milieu d'adhérences, anciennes y ayant déterminé un abcès gazeux et s'étant cicatrisée par la suite, comme il en existe quelques observations ; il est fâcheux que l'autopsie ne nous donne aucun renseignement sur l'état de la muqueuse stomacale qui aurait pu nous montrer peut-être la trace d'un ancien ulcère.

En terminant je ferai remarquer que je redoute les lavages des poches intra-péritonéales avec la solution de sublimé au millième, et que, pour ma part, je ne me sers que d'eau bouillie ou de solution de substances qui ne sont pas toxiques.

M. Lejars. — Il y a quelques faits de perforations très petites du côlon transverse qui peuvent donner lieu à des abcès gazeux sous-phréniques. Il y a aussi des exemples de perforations très petites de l'estomac qui peuvent passer inaperçues et s'oblitérer. Il serait intéressant de savoir quel était l'état du côlon transverse dans le cas de M. Couteaud. Je m'associe à ce qu'a dit M. Rochard au sujet de la nocivité des injections de sublimé. Il faut dans ces

cas faire de la détersion mécanique par des lavages abondants à l'eau bouillie et proscrire les antiseptiques.

M. Rochard. — L'observation de M. Couteaud ne signale pas de perforation du côlon, et je pense que s'il y en avait eu une, elle se serait révélée, parce qu'elle se ferme moins facilement que les perforations de l'estomac. En terminant je vous propose de publier l'observation de M. Couteaud dans nos bulletins et de nous souvenir de son nom à la prochaine nomination de membres correspondants.

Rupture de la portion membraneuse de l'urètre par une luxation de la symphyse pubienne, avec fracture verticale du bassin. Incision périnéale. Taille hypogastrique. Cathétérisme rétrograde. Drainage abdomino-périnéal. Guérison,

par M. CHAPUT.

D... (Eugène), quarante-quatre ans, est renversé le 6 octobre 1901 par une voiture pesamment chargée qui lui passe sur le bassin. Amené aussitôt à l'hôpital, on constate de l'urétrorragie; le périnée est tuméfié et contusionné; douleur vive à la pression au niveau du périnée.

La pression sur le bassin est douloureuse, surtout au niveau de la crête iliaque, de la symphyse pubienne et de l'ischion du côté droit; le ventre est tendu, le malade ne peut uriner. Une sonde molle introduite dans l'urètre ne peut pas pénétrer.

Je porte le diagnostic de fracture du bassin avec déchirure de l'urètre.

Je pratique immédiatement l'incision verticale du périnée, mais malgré des recherches minutieuses, il m'est impossible de trouver le bout central de l'urètre.

Je pratique immédiatement la taille hypogastrique, et je constate pendant cette opération que la symphyse pubienne droite est luxée fortement en arrière. Les parties molles sont très décollées derrière la symphyse gauche.

J'incise la vessie après l'avoir ponctionnée, et je la suture provisoirement à la paroi, avec un Béniqué je pratique le cathétérisme rétrograde et j'introduis dans la vessie une sonde à bout coupé n° 20.

Je suture la vessie hermétiquement, avec deux étages de catguts, et à l'aide de ma pince-trocart je perfore le diaphragme uro-génital et je passe un drain derrière la symphyse gauche, de l'hypogastre au périnée.

La vessie se réunit parfaitement, le drain est retiré au bout de six jours, la sonde à demeure est supprimée au bout de deux mois, après avoir été changée tous les trois jours, et le malade sort complètement guéri, ne conservant qu'une douleur de l'os iliaque avec claudication, qui s'explique par le déplacement de l'os coxal droit qui n'a pu être réduit au cours de l'opération.

La radiographie montre une fracture verticale de l'ilium, situé à la partie postérieure, à quatre doigts environ de l'épine P. S. de l'os et gagnant la symphyse sacro-iliaque, puis la grande échancrure sciatique; la luxation du pubis droit est visible; il semble qu'il existe à gauche une fracture par écrasement de l'aile sacrée, car son bord supérieur est limité par une ligne non plus horizontale comme normalement, mais oblique en haut et en dehors.

Cette observation montre l'exactitude de l'opinion de Bazy, d'après laquelle il est à peu près impossible de trouver au périnée le bout postérieur de l'urètre membraneux rompu dans un traumatisme.

Le cathétérisme rétrograde est facile à exécuter; avec l'index gauche on va sentir l'orifice du col vésical et on y introduit une sonde; cet orifice est si facile à trouver que je l'ai découvert avec mes gants de caoutchouc.

Le drainage abdomino-périnéal m'a paru très indiqué en raison du décollement existant derrière la symphyse gauche, et il a été très efficace.

La luxation de la symphyse du pubis est mal connue et mal décrite.

J'en ai observé un autre cas en 1881, pendant mon internat à Bicêtre; il s'agissait d'un malade sur le bassin duquel une lourde voiture avait passé; il eut des symptômes de péritonite que j'attribuai à la rupture de la vessie, mais personne ne voulut l'opérer. A l'autopsie je constatai une luxation de la symphyse pubienne droite ainsi que de la symphyse sacro-iliaque du même côté.

La perforation, du diamètre d'une pièce de 50 centimes, siégeait sur le bas-fond vésical, au niveau de la portion recouverte du péritoine.

Rapports.

Cæcotomie pour tumeur stercorale fixée dans l'intestin,
par M. Ed. Pluyette, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Rapport par M. A. GUINARD.

Dans la séance du 26 mars dernier, vous m'avez chargé d'un rapport sur un travail de M. le Dr Pluyette, de Marseille. Il s'agit d'une curiosité pathologique qui mérite d'être décrite dans nos

bulletins, mais qui ne comporte pas de longues considérations. Je résumerai d'abord l'observation de M. Pluyette.

P... (Jean), quarante-six ans, matelot, a des antécédents qui, conformes à sa profession, en font un type de colonial. En 1875 et 1877, attaques de dysenterie; en 1880 et 1884, accès de paludisme; en 1898 et 1899, diarrhée de Cochinchine.

Le 22 janvier 1901, il entre à l'hôpital de la Conception, dans le service de médecine de M. le D[r] Constantin Oddo, se plaignant de violentes coliques qui le font souffrir depuis un an et demi. Ces douleurs, intermittentes mais sans régularité, ont leur paroxysme dans le flanc droit, où l'on sent une tumeur. Fréquentes euvies d'uriner; ni vomissements ni hémorragies intestinales; néanmoins, la teinte cachectique de ce marin donne plutôt l'impression d'une affection maligne.

Après plusieurs jours d'observation, M. Oddo appelle M. Pluyette qui constate dans le flanc droit, au niveau de la région cæcale, une tumeur assez arrondie, du volume d'une très grosse noix, quelque peu douloureuse et surtout très mobile. Il était facile de faire promener cette masse dans l'abdomen, en hauteur comme en largeur; dans ce dernier sens, on pouvait l'amener jusqu'à la ligne médiane.

Le diagnostic était difficile et hésitant. Tout d'abord, trouvant le scrotum du côté droit déshabité, on pensa à un testicule ectopique; mais un examen plus approfondi fit découvrir celui-ci, petit et mou, dans le trajet inguinal. Etait-ce une appendicite? De cette maladie, il n'y avait guère que le siège, car la forme de la tumeur et sa mobilité ne permettait guère, non plus que la marche de l'affection, de s'arrêter à ce diagnostic. Les fréquentes envies d'uriner devaient-elles faire songer à un rein flottant? Dans ce cas, il eût été bien atrophié. La teinte cachectique de ce paludéen faisait plutôt pencher pour une néoplasie maligne; mais, pour une durée de dix-huit mois, la tumeur était plutôt petite; de plus, elle était lisse et non bosselée, il n'y avait jamais eu de méléna. La mobilité de la tumeur aurait pu faire songer à une tumeur du mésentère, si ses dimensions n'avaient été aussi restreintes. On ne pouvait admettre un calcul biliaire arrêté dans l'intestin, les antécédents hépatiques faisant défaut. Rien ne faisait supposer un corps étranger.

Bien que le diagnostic fût hésitant, M. Pluyette pensa, en raison du passé intestinal (dysenterie et diarrhée de Cochinchine), à une production polypeuse de l'intestin, encore que la région cæcale ne soit pas le lieu d'élection de ces tumeurs, et il se décida à intervenir.

Le 8 février 1901, en présence de ses collègues des hôpitaux, C. Oddo et Roux (de Brignoles), assisté de son interne M. Rouslacroix, il fit une incision verticale sur le bord externe du muscle droit, comme pour une appendicite, et tomba sur le cæcum parfaitement normal. La tumeur était bien intra-cæcale. Il fit la cæcotomie, incisant la paroi intestinale sur la tumeur. C'était une boule fécale; mais ce qui en faisait l'intérêt, c'est qu'elle était fixée à l'intestin par un pli de la muqueuse; elle avait, en effet, emprisonné un repli de la muqueuse qui lui servait ainsi de pédicule.

Ce pli de la muqueuse, situé juste en face de la valvule de Bauhin, se trouvait pincé au centre de la tumeur, et empêchait celle-ci de migrer vers le côlon. D'un autre côté, cette tumeur remplissant presque toute l'excavation du cæcum, laissait un petit chenal libre par lequel les matières passaient de l'intestin grêle dans le côlon ascendant.

Le poids de cette masse fécale était de 25 grammes. Elle présentait une hauteur de 0m045 (dans la direction de l'intestin) et une largeur de 0m037 (dans le sens du calibre de l'intestin). La section de la tumeur présentait une structure concentrique avec quelques pépins de raisin épars dans la masse. La muqueuse intestinale était absolument saine.

Après une suture de la muqueuse avec un surjet à la soie fine, puis de la musculo-séreuse à la Lembert, l'abdomen fut refermé par une suture de la paroi au catgut en surjet, et de la peau aux crins de Florence. Les suites furent excellentes.

Le 20 février (13e jour de l'opération), premier pansement et ablation de la moitié des fils. Le 23 février, deuxième pansement et enlèvement des fils restant. Les douleurs cessèrent du jour de l'opération, et le malade quitta l'hôpital le 7 mars 1901.

Le hasard ramena le malade à l'hôpital en mars 1902 dans le service de M. le Dr Alezais, par suite de sa cachexie paludéenne. Depuis son opération, P... n'a plus ressenti de douleurs intestinales, et la constipation a disparu. La cicatrice est souple et solide.

Le point particulièrement intéressant de cette observation est le pincement d'un repli de la muqueuse par les matières fécales accumulées. Tout le monde sait que les fèces peuvent, par leur agglomération, constituer une tumeur dure, immobilisée dans l'intestin, et provoquant des phénomènes d'occlusion. L'histoire des tumeurs abdominales qu'on s'apprête à extirper au bistouri et qu'un purgatif enlève est connue de tous le monde, mais ici le cas est différent. Ce n'est pas une tumeur stercorale obstruant par son volume le calibre de l'intestin, c'est le résidu intestinal se conglomérant peu à peu, par dépôt de couches successives et emprisonnant dans son milieu un repli de la muqueuse, qui, dès lors, lui sert de pédicule; c'est un corps étranger autochtone se fixant en parasite sur la paroi intestinale et ne pouvant plus être éliminé spontanément.

On s'explique très bien les stratifications concentriques de matières autour de pépins de raisin; c'est un phénomène comparable à la formation des calculs phosphatiques dans un diverticule de la vessie; mais ce qui est inédit, c'est le pincement de la muqueuse par ces dépôts agglomérés. Par quel mécanisme ce fait a-t-il pu se produire, je ne sais, mais cela doit être fort rare, puisque je n'ai pu trouver aucun cas analogue.

Dans son mémoire, M. Pluyette ne dit pas s'il a fait analyser ce corps étranger intestinal. Je crois plutôt, d'après sa description,

à un calcul intestinal véritable qu'à une boulette fécale; les pépins de raisin trouvés au sein de la masse ont dû servir de centre de cristallisation, et les couches concentriques décrites étaient probablement constituées par des sels phosphatiques et autres. Quoi qu'il en soit, M. Pluyette a raison d'insister sur ce fait, que pareille disposition ne peut guère se rencontrer que dans le cæcum, c'est-à-dire dans un cul-de-sac qui n'est pas incessamment balayé par le courant alimentaire.

De tout ceci il faut retenir surtout ce pincement de la muqueuse qui faisait du corps étranger une sorte de polype pédiculé. C'est une pure bizarrerie, et il faut féliciter M. Pluyette d'avoir mené à bien son intervention. On sera heureux de se rappeler cette observation le jour où on se trouvera en présence d'une disposition du même genre.

M. le Dr Pluyette nous a déjà envoyé d'intéressants travaux, et son nom est à retenir au jour prochain où nous aurons à nommer un membre correspondant de la Société de chirurgie.

Note sur l'extirpation du ganglion ciliaire, par M. Terrien.

Rapport par M. DELENS

Dans la séance du 23 avril 1902, M. le Dr Terrien, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté, nous a lu une note sur *l'extirpation du ganglion ciliaire.* Ce ganglion, profondément enfoui dans l'orbite et accolé au côté externe du nerf optique, vers le point où se séparent les quatre muscles droits, ne paraît pas, jusqu'à ces derniers temps, avoir été l'objet de tentatives chirurgicales. Il semble cependant que son extirpation pourrait, dans certains cas, éviter l'énucléation du globe oculaire atteint de glaucome absolu ou d'irritation sympathique.

M. Terrien avait d'abord cherché à atteindre le ganglion ophtalmique en prenant pour guide le rameau nerveux que le muscle petit oblique reçoit du nerf moteur oculaire commun. On sait, en effet, que ce rameau fournit au ganglion sa racine motrice ou racine grosse et courte.

Voici comment l'opération était exécutée sur le cadavre :

La peau et le tissu cellulaire étaient incisés jusqu'à l'os au niveau du rebord inférieur de l'orbite; le plancher de l'orbite était mis à nu, découvrant le globe oculaire et les parties molles environnantes que l'on réclinait en haut. Le rameau nerveux du petit

oblique qui pénètre dans le muscle à 15 millimètres du rebord orbitaire était chargé sur un crochet mousse, par une boutonnière faite à ce niveau dans les parties molles. A l'aide d'une tige spéciale présentant à son extrémité un anneau ouvert en bas, l'opérateur se servait du rameau nerveux comme d'un conducteur et remontait le long du nerf jusqu'à ce que la racine motrice du ganglion vînt l'arrêter. Une seconde tige munie à son extrémité terminale d'une pince à mors cachés glissait alors sur la précédente laissée en place et permettait de saisir le ganglion et de l'arracher.

Mais l'auteur, après avoir expérimenté sur le cadavre cette opération, reconnut qu'elle était aveugle et infidèle; et sur les conseils du professeur Farabeuf, il a imaginé l'opération suivante qui permet d'agir avec plus de sécurité.

Dans un premier temps, il pratique l'opération de Krönlein suivant la méthode habituelle. Le volet ostéopériostique étant bien récliné en dehors, le pont cutané qui sépare la commissure externe de la lèvre externe de l'incision est sectionné; la conjonctive bulbaire est incisée à ce niveau; le muscle droit externe est chargé et coupé à quelques millimètres de son insertion sclérale. Une pince à forcipressure est placée sur chacune des lèvres du tendon. Le muscle petit oblique qui se présente est également sectionné.

Le globe oculaire est alors saisi à la partie postéro-externe avec une pince de Kocher et très fortement récliné en dedans. On incise horizontalement d'avant en arrière la capsule de Tenon, et, plongeant la sonde cannelée dans l'entonnoir graisseux qui se présente alors, on arrive rapidement sur le nerf optique qui est facilement dénudé. Tout le paquet externe des nerfs ciliaires, le plus important, se présente nettement; et à leur extrémité, tout au fond de l'entonnoir, on aperçoit le ganglion ciliaire qui est saisi avec une pince hémostatique et arraché.

Il ne reste plus qu'à suturer les chefs respectifs des muscles droit externe et petit oblique et à fermer la plaie cutanée.

M. Terrien venait à peine de nous communiquer le résultat de ses recherches, lorsqu'à la séance du 6 mai 1902, du Congrès d'ophtalmologie, le Dr Rohmer, de Nancy donnait lecture d'un travail intitulé : *Résection du ganglion ophtalmique*, et apportait à l'appui le résultat encourageant de sept interventions sur des yeux atteints de glaucome absolu avec perte totale de la vision et poussées aiguës très douloureuses. Après l'intervention, les douleurs ont disparu définitivement en quelques jours, et l'œil est resté pâle, bien que sa tension ne soit pas redevenue normale. Dans un cas, l'amélioration persiste depuis quinze mois.

Le Dr Rohmer commence par pratiquer la résection orbitaire de Krönlein, et pour arriver sur le ganglion se sert d'une pince spéciale. Il convient que l'on n'est pas toujours sûr de découvrir le ganglion lui-même et conseille de réintroduire à plusieurs reprise, la pince pour arracher des lambeaux de tissu graisseux dans lesquels on retrouve toujours des débris de nerfs ciliaires.

La communication de M. le Dr Rohmer a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part MM. Fage, Badal, Rollet, Armaignac et Pflüger.

Tel est, messieurs, l'état actuel de la question. Le Dr Terrien a le mérite d'avoir soigneusement étudié les voies par lesquelles on peut arriver jusqu'au ganglion ciliaire. Sur le cadavre, il paraît bien que la découverte en est facile; mais, sur le vivant, on peut craindre qu'il ne soit pas toujours possible de distinguer le ganglion lui-même, en raison de son faible volume et de la teinte uniforme que prennent les tissus baignés par le sang Heureusement, il semble que l'arrachement des nerfs ciliaires qu émanent du ganglion donne les mêmes résultats que l'extirpation complète du ganglion lui-même.

La clinique, sans doute, ne tardera pas à nous éclairer sur ce point et les tentatives faites par le Dr Rohmer sont encourageantes.

J'ai l'honneur, messieurs, de vous proposer de déposer dans nos archives la note de M. le Dr Terrien et d'adresser des remerciements à l'auteur.

Communications.

Fibromes et grossesse.

par M. PIERRE DELBET.

Ce n'est point tout à fait une communication que je veux vous faire. Je m'étais fait inscrire à propos de la discussion qui a été amorcée sur les fibromes compliquant la grossesse pour vous présenter deux observations qui offrent un certain intérêt.

La première a trait à un fibrome sous-péritonéal pédiculé qui fut enlevé par myomectomie dans le quatrième mois de la grossesse. Ceci se passait en 1891. L'opération a été faite par M. le professeur Duplay, dont j'étais alors le chef de clinique.

La malade était déjà enceinte de deux mois et demi, lorsqu'elle

constata pour la première fois l'existence d'une tumeur anormale. Celle-ci était alors de très petit volume, mais elle se mit à croître rapidement, et au début du troisième elle devint douloureuse. C'est l'accroissement progressif et l'apparition des douleurs qui déterminèrent la malade à entrer à l'hôpital. Je passe sur les détails, qui ont été publiés ailleurs, mais je tiens à dire que le diagnostic ne fut pas fait. Nous crûmes, M. Duplay et moi, qu'il s'agissait d'un fibrome de la paroi abdominale; et ce qui explique et justifie cette erreur, c'est que la tumeur avait contracté de larges adhérences avec la paroi, tandis qu'elle ne tenait à l'utérus que par un pédicule mince et souple. En somme, ses connexions avec la paroi étaient bien plus étendues et plus intimes que ses connexions avec la matrice. C'est seulement au cours de l'opération, lorsque les adhérences furent libérées, que l'on constata l'origine utérine de la tumeur.

Une double ligature cutanée ayant été jetée sur le pédicule, qui n'était pas plus gros que le pouce, la tumeur fut enlevée d'un coup de bistouri.

Mais dès que la section fut faite, le pédicule glissa sous la ligature, et, s'étalant, prit la forme d'une plaie plate et losangique. Un surjet à la soie ferma cette plaie et arrêta l'écoulement sanguin qui était d'ailleurs peu considérable.

La malade guérit sans aucun incident et quitta le service en parfait état un mois après l'opération. La grossesse continuait son évolution normale; les mouvements actifs du fœtus étaient parfaitement perceptibles.

Cette pauvre femme succomba peu après à une infection grippale, congestion pulmonaire et endocardite. Mais il est bien certain que l'intervention n'est pour rien dans cette triste fin et que la myomectomie n'avait pas arrêté la grossesse.

Si je rappelle cette observation, heureuse au point de vue chirurgical, ce n'est pas du tout pour défendre l'intervention au cours de la gestation.

Ce qui prime la question d'intervention, c'est la manière dont se comporte la grossesse lorsqu'elle est compliquée de fibrome. Or, la discussion qui a été soulevée l'an dernier à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie par une communication de M. Schwartz est particulièrement intéressante à ce point de vue. Tous les accoucheurs qui y ont pris part, MM. Pinard, Varnier, Lepage, ont affirmé avec preuves à l'appui que les fibromes se montrent singulièrement accommodants et que, hormis des circonstances tout à fait exceptionnelles, ils permettent à la grossesse d'aller jusqu'à son terme.

A cette manière de voir des accoucheurs, M. Richelot avait

répondu par une objection qui m'avait paru d'abord très saisissante, leur disant ou à peu près : « Vous, accoucheurs, vous voyez plus souvent des femmes enceintes avec des fibromes inoffensifs, tandis que nous, chirurgiens, nous voyons plus souvent des fibromes menaçants au cours de grossesses qui souvent même sont ignorées ou incertaines. »

Il y avait là une explication vraisemblable de certaines divergences d'opinion, et j'en avais été frappé ; mais j'ai constaté que dans les pays voisins du nôtre, où la gynécologie et l'obstétrique sont réunies dans les mêmes chaires, entre les mêmes mains, les accoucheurs, qui sont en même temps des gynécologues, sont du même avis que les accoucheurs français qui sont censés être purement obstétriciens. Tous s'accordent à proclamer qu'il est très rare que les fibromes terminent des accidents pendant le cours de la grossesse.

J'ai moi-même observé, avec mon ami Varnier, un cas qui montre jusqu'à quel degré imprévu peut aller la tolérance d'un utérus gravide. Ce cas est intéressant, car il établit la possibilité d'un fait qui jusque-là avait été mis en doute, une grossesse allant jusqu'à son terme dans un utérus en rétroversion complète.

L'utérus était maintenu en rétroversion par un fibrome inséré sur son fond et adhérent à la moitié droite du cul-de-sac de Douglas. Cependant la grossesse a été si peu troublée que la malade est allée jusqu'à terme sans se douter qu'elle présentait quelque chose d'anormal. Je vous reparlerai de ce cas au point de vue opératoire.

En somme, nous n'avons qu'à nous incliner devant les faits. En raison de cette tolérance extraordinaire, en cas de grossesse compliquée de fibromes, il faut savoir attendre et ne se décider à intervenir que sous la pression d'accidents précis.

Sans doute, il ne faut point temporiser à l'excès, ni attendre que les accidents compromettent la vie de la mère. Laisser mourir la mère sous prétexte de donner à l'enfant toutes les chances de se développer, ce serait purement absurde. Aussi n'est-ce pas ce que les accoucheurs nous demandent. Ils nous demandent de ne pas considérer les fibromes compliquant une grossesse comme réclamant par eux-mêmes une intervention. Ils nous demandent d'être un peu plus patients vis-à-vis d'un fibrome lorsque l'utérus est gravide que lorsqu'il est vide ; ils nous demandent de ne pas agir en prévision des accidents, qui ont bien des chances de ne pas se produire, et d'intervenir seulement lorsque ces accidents existent.

Pour ma part, je suis tout disposé à accéder à leur demande.

Et remarquez bien que, pendant le cours de la grossesse, il n'y

a pas à se demander si l'accouchement sera possible ou non; même lorsqu'il existe un fibrome enclavé dans le petit bassin et obstruant la filière pelvienne, même lorsqu'il n'y a aucun espoir que l'accouchement puisse se faire par les voies naturelles, il faut attendre, lorsqu'il ne survient pas d'accidents, car, en intervenant dans les derniers jours de la grossesse ou pendant le travail, on a les plus grandes chances de sauver l'enfant sans faire courir plus de risques à la mère.

C'est donc surtout au moment de l'accouchement que la question de l'intervention se pose, et elle se pose sous deux aspects : A quel moment faut-il intervenir? Comment faut-il opérer?

Quand la filière pelvi-génitale n'est pas obstruée par la tumeur et qu'on peut espérer un accouchement normal, on attend naturellement le travail, et on ne se décide à intervenir qu'au moment où l'enfant commence à péricliter. C'est plutôt à l'accoucheur qu'au chirurgien de déterminer ce moment précis.

Mais dans les cas où le fibrome est disposé de telle sorte dans le petit bassin que les plus optimistes ne puissent conserver le moindre espoir d'un accouchement naturel, faut-il attendre le début du travail pour intervenir? Je ne le pense pas.

Je pourrais répéter ce que je vous disais il y a quelques mois à propos des rétrécissements cicatriciels du vagin.

Dans de telles conditions, l'opération doit se terminer par une hystérectomie. Or, pendant le travail, le col, dilaté et ramolli, se distingue mal et même pas du tout du vagin. Aussi ne sait-on pas très bien où on fait la section. En outre, les différences entre l'hystérectomie totale et la supravaginale deviennent illusoires à de certains points de vue. En effet, le col étant dilaté, quel que soit le point où l'on fasse porter la section, elle est toujours en communication large avec le vagin, et, dans les conditions que j'ai supposées, le vagin déformé par la tumeur est à peu près impossible à aseptiser. Il résulte donc du fait de la dilatation du col un danger plus grand. Aussi je crois qu'il est préférable d'opérer dans les derniers jours de la grossesse, avant le début du travail.

L'opération ne peut se faire, je pense, que par la voie abdominale. Les premiers temps varieront suivant l'état de l'enfant.

Lorsque l'enfant est vivant, il faut l'extraire d'abord par une césarienne, puisqu'il ne peut supporter sans succomber les manœuvres qu'on est obligé de faire pour libérer l'utérus.

Lorsque l'enfant a succombé, il n'y a plus de raison de l'extraire par une césarienne. On pourrait être tenté de le faire néanmoins avec l'espoir de faciliter l'ablation de l'utérus. Mais je puis certifier que la présence d'un enfant mort dans la matrice ne gêne nullement les manœuvres de l'hystérectomie.

Dans le cas auquel j'ai déjà fait allusion, j'ai enlevé d'un seul coup l'utérus rempli et le fibrome. Or, si l'opération a présenté des difficultés particulières en raison de la situation du fibrome et de ses adhérences, aucune de ces difficultés ne peut être attribuée à la présence du fœtus. J'ai même été très frappé de voir combien la grossesse modifiait peu les conditions opératoires. J'ai pu faire l'hémostase d'une manière tout à fait régulière; quatre fils y ont suffi. J'ai vu certes des utérus simplement fibromateux bien plus vasculaires que ne l'était cet utérus à la fois fibromateux et gravide.

Voici d'ailleurs le récit de cette intervention qui date du 31 août 1896. Le col était situé très haut et en avant, au-dessus du pubis. Le corps était recourbé complètement en arrière, de telle sorte que son fond se moulait sur la paroi rachi-pelvienne. En arrière et au-dessous de la corne gauche, un fibrome arrondi, du volume du poing, refoulant le rectum à droite, était engainé dans des adhérences lamellaires qui lui donnaient l'air d'être situé sous le péritoine pelvien.

Je liai d'abord le pédicule utéro-ovarien du côté gauche. La trompe et l'ovaire droits étaient entourés d'adhérences filamenteuses qui se laissèrent rompre assez aisément. Après les avoir libérés, je liai le pédicule utéro-ovarien de ce côté. Puis, ayant placé de chaque côté une pince sur la corne utérine, je sectionnai obliquement les deux ligaments larges, de telle façon que les deux sections aboutissaient au voisinage du col.

Alors, sans m'occuper du fibrome, qui était très adhérent dans la profondeur, je libère le col. J'ouvre d'abord le cul-de-sac antérieur qui se présente. Le col, ramolli, étant difficile à distinguer du vagin, ma section l'intéresse. Aussitôt il s'écoule quelques gouttes de méconium et un pied se présente. Je place un clamp sur l'orifice du col et je sectionne le pédicule de l'artère utérine du côté gauche. Les vaisseaux sont pincés à mesure. Je libère le col du cul-de-sac postérieur en taillant d'arrière en avant du vagin vers le péritoine, et je coupe en dernier lieu le pédicule de l'artère utérine droite. Les vaisseaux utérins sont pincés comme du côté opposé ; la perte de sang est à peu près nulle.

Le col est complètement dégagé, mais l'utérus tient encore dans le fond du bassin par l'intermédiaire du fibrome adhérent. J'ai donc fait une extirpation rétrograde.

Un aide soulevant vigoureusement la masse, j'incise transversalement le feuillet péritonéal de nouvelle formation qui recouvre le fibrome et je l'énuclée de sa loge, assez péniblement d'ailleurs, car les adhérences sont intimes. Je dois, chemin faisant, pincer plusieurs vaisseaux. Enfin, la libération est complète. Utérus et

fibrome sont enlevés d'une seule pièce, trente miuutes après le début de l'opération.

Les ligatures placées, je fis un premier surjet pour fermer la loge du fibrome, un surjet hémostatique sur le cul-de-sac postérieur, et je terminai par un grand surjet en points de Lembert qui, allant d'un pédicule utéro-ovarien à l'autre affrontait les deux feuillets des ligaments larges, fermait le vagin et supprimait toute plaie péritonéale.

Les suites ont été fort simples et la malade a guéri sans encombres.

Mon ami Varnier a délaré que cette opération était « la *première hystérectomie totale faite de propos délibéré et avec succès, au terme de la grossesse au lieu et place de l'opération césarienne suivie d'amputation utéro-ovarique* ».

C'est pour cela que je vous demande la permission de répéter que l'opération a été facile, que la perte sanguine a été insignifiante et nullement comparable à ce qu'elle est dans une opération césarienne.

L'hystérectomie d'emblée a donc sur la césarienne suivie d'amputation utéro-ovarique l'avantage d'être plus rapide et de faire perdre moins de sang. Aussi je crois que lorsque le fœtus est mort, il faut lui donner la préférence sans hésiter.

Lorsque l'enfant vivant a été extrait par la césarienne, il reste à s'occuper de l'utérus. Il est bien certain que dans les cas susvisés, il faudra le plus souvent l'enlever.

Sur la manière de l'enlever, il ne saurait y avoir de grandes discussions. L'opération de Porro, la vraie, celle qui consiste à enserrer le col dans du fil métallique et à fixer le pédicule au dehors, est abandonnée de tous les chirurgiens.

Doit-on préférer l'hystérectomie supra-vaginale à l'hystérectomie totale? voilà la seule question qui se pose, et encore a-t-elle ici moins d'importance que dans d'autres circonstances, parce que le ramollissement du col ne permet pas toujours de bien déterminer le point où l'on fait la coupe et que sa dilatation le met toujours en large communication avec le vagin. La supra-vaginale n'a donc ici d'avantages qu'au point de vue de la facilité de l'hémostase. Cet avantage me paraît d'ailleurs suffisant pour qu'on la préfère quand c'est possible.

J'ai surtout voulu, Messieurs, attirer votre attention sur deux points : 1° le moment qu'il faut choisir pour l'intervention lorsque le ou les fibromes rendent l'accouchement certainement impossible; 2° la manière dont il faut se comporter lorsque l'enfant est mort au moment de l'intervention. Aussi, je conclurai en disant :

1° Dans les cas où l'accouchement naturel est certainement

impossible, je crois qu'il vaut mieux intervenir dans les derniers jours de la grossesse, avant le début du travail.

2° Lorsque l'enfant est mort au moment où l'on intervient, il vaut mieux, à moins d'indications spéciales, enlever d'un seul coup l'utérus gravide et fibromateux sans césarienne préalable.

De l'attrition sous-cutanée directe des grosses artères,

par M. LEJARS.

Je désire vous soumettre un exemple typique d'attrition sous-cutanée directe, autrement dit de rupture interstitielle, de l'artère fémorale, et une tentative opératoire qui, sans avoir donné le résultat espéré, n'en est pas moins, à mon sens, de quelque intérêt.

Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, vigoureux, conducteur sur une ligne de tramways électriques où les traumatismes se multiplient singulièrement. Le 23 février dernier, à 8 heures du soir, arrivé à une station terminus et occupé à changer de côté la flèche, il fut pris entre les tampons de deux voitures qui se suivaient; le tampon antérieur porta en plein dans la région inguino-crurale gauche, le tampon postérieur en pleine fesse; il se dégagea pourtant, fit trois pas et tomba. Le lendemain matin, il entrait dans mon service, à l'hôpital Tenon, et nous racontait ce qui suit.

Presque immédiatement après l'accident, la région contuse antérieure commença à se tuméfier; une demi-heure après, se produit une douleur vive dans le mollet, qui devient rapidement le siège d'un gonflement dur; en même temps, le pied gauche devenait inerte et insensible.

Nous trouvons, au niveau du triangle de Scarpa, une volumineuse bosse sanguine, couverte d'une peau ecchymosée et marbrée de noir, et limitée en haut à l'arcade crurale; disons tout de suite que les jours suivants l'épanchement sanguin s'étendit notablement au-dessus du pli inguinal, pendant que l'ecchymose fusait en haut jusqu'à la 10e côte, en bas jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, sur les faces antérieure et interne, et envahissait la verge et le scrotum.

Toute la zone contuse était fort douloureuse à la pression, mais l'on ne retrouvait de point douloureux localisé qu'un peu au-dessus et en dehors du pubis. De fait, l'aspect du membre et les circonstances du traumatisme avaient fait penser tout d'abord à une fracture du bassin; mais l'exploration de la ceinture pelvienne

restait négative sur tout son pourtour; la pression transversale, les manœuvres de rapprochement ou d'écartement des crêtes iliaques, la pression sur la branche ischio-pubienne ne réveillaient aucune sensibilité.

On ne décelait, d'ailleurs, en arrière, qu'une douleur diffuse au niveau de la fesse, et qui se prolongeait un peu le long du sciatique.

C'est au mollet que le blessé souffrait le plus; le mollet était tendu, uniformément dur dans toute sa hauteur, et comme injecté de cire; il était, semblait-il, à plein dans sa peau, bien étirée et lisse; le moindre mouvement y provoquait des élancements pénibles. Aussi le membre restait-il couché sur le lit, en abduction et rotation externes, le genou demi-fléchi, le pied en demi-extension.

Du reste, il y avait une inertie à peu près complète de la jambe et du pied; quelques mouvements des orteils, une légère flexion de pied étaient seuls possibles; le blessé ne pouvait lever son talon, mais les muscles de la cuisse n'étaient pas atteints par cette parésie, et, si l'on étendait et soulevait la jambe, il pouvait la maintenir un instant dans cette attitude.

Enfin on constatait une anesthésie au contact et à la douleur, occupant le pied et la moitié inférieure de la jambe, anesthésie et analgésie d'ailleurs un peu irrégulières dans leur distribution et de degré variable suivant les zones. Le pied gauche était moins chaud que le droit, sans que ce refroidissement, nettement appréciable, fût très accusé.

On ne sentait les battements ni de la fémorale à la partie inférieure de la cuisse, ni de la poplitée, ni de la tibiale postérieure.

C'était là un ensemble de signes suffisants pour porter le diagnostic d'attrition sous-cutanée de l'artère fémorale, dans le triangle de Scarpa, et l'aspect clinique reproduisait exactement ce que j'avais eu l'occasion de voir dans quelques faits antérieurs.

Il ne me sembla pas (j'eus tort, sans doute) qu'il y eût intérêt à recourir à aucune tentative immédiate; le traumatisme datait de la veille : peut-être la circulation collatérale pouvait-elle se rétablir assez vite et mon blessé éviterait-il un sphacèle étendu. Je me contentai de faire un enveloppement ouaté, de laisser le membre constamment entouré d'eau chaude, etc.

Cela se passait le 24. Le 25 et le 26, l'état local ne se modifia que très peu; pourtant le pied ne reprenait pas sa chaleur normale; quant à l'anesthésie, elle continuait à se montrer variable et remontait plus ou moins haut. La peau et les conjonctives avaient pris une teinte subictérique; les urines étaient d'un brun foncé.

Le 27 et le 28, le pied se refroidit décidément, la peau perd son élasticité et se macule de violet au niveau du cou-de-pied et des malléoles. L'état général est toujours bon, il n'y a pas de fièvre.

Mais il devient dès lors évident que nous allons voir évoluer le sphacèle qui termine si souvent les traumatismes graves des artères, et que la perte d'un segment plus ou moins étendu et peut-être considérable du membre n'est plus douteuse.

Devant une pareille éventualité, je voulus mettre en pratique un projet que j'avais formé il y a plusieurs années, en étudiant un autre cas d'attrition sous-cutanée, de l'artère humérale cette fois, et que j'avais exposé dans un mémoire de la *Revue de Chirurgie* (1) : je voulus mettre à découvert l'artère blessée et faire tout ce que je pourrais pour la « déboucher » et rétablir sa perméabilité.

L'opération eût lieu le 1er mars ; je fis une longue incision verticale à la région crurale, et j'évacuai tout de suite une abondante collection de sang liquide et de caillots ; je pénétrai alors dans une vaste cavité, occupant tout le triangle de Scarpa et se prolongeant en bas et en dehors jusqu'au quart inférieur de la cuisse, cavité dont les parois irrégulières étaient constituées par les muscles écrasés et décollés et par le tissu graisseux infiltré de sang. A son centre et dans son axe, je découvris le paquet vasculaire, disséqué sur une longueur de 10 centimètres, noir et entouré d'une épaisse croûte sanguine. — La veine s'affaisse sous le doigt et paraît perméable. Quant à l'artère, elle est dure, noire, épaissie, sur une longueur de 5 centimètres (fig. 1) ; et ce segment contus commence à 1 centimètre environ au-dessous de l'arcade et finit à 2 centimètres au-dessous de l'origine de la fémorale pro-

(1) Des ruptures sous-cutanées directes des grosses artères, et des gangrènes consécutives (*Revue de chirurgie*, 1898, p. 290 et 540) : « Une intervention active trouvera-t-elle parfois ses indications ? écrivions-nous dans nos conclusions ; nous le pensons. De fait, la pathogénie des accidents gangréneux procède moins de la lésion traumatique localisée de l'artère que de la thrombose très étendue qui la suit, et aussi de la compression exercée par l'épanchement sanguin, lorsqu'il est considérable, et de l'entrave qu'il apporte au retour de la circulation par les petits vaisseaux. Cela étant, il y aurait un réel bénéfice, au moins dans les premières heures qui suivent le traumatisme, à ouvrir le foyer sanguin péri-artériel, à l'évacuer et à le déterger complètement, et à pratiquer la ligature régulière du vaisseau rompu, à se conduire, en un mot, comme on le fait en présence de l'anévrisme diffus ; et cette intervention nous paraît d'autant plus rationnelle, que l'épanchement sanguin est plus abondant. La ligature précoce du vaisseau aurait encore cet avantage de prévenir toute embolie périphérique, et Picou a fait ressortir ce dernier point. » (*Loc. cit.*, p. 556.)

fonde. Cette dernière présente le même aspect sur une longueur d'environ 2 centimètres.

La fémorale bat nettement et fortement, sous l'arcade, à la limite supérieure de cette zone noire et indurée; au-dessous on ne trouve plus de battements, l'artère reprend sa coloration normale, mais elle est notablement moins grosse.

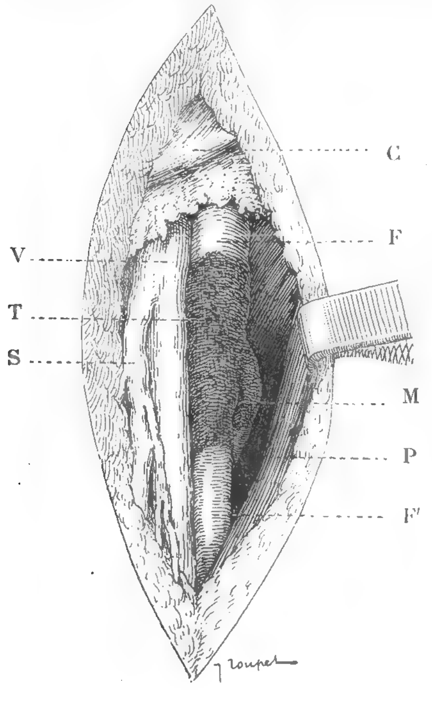


Fig. 1.

Attrition sous-cutanée directe de l'artère fémorale. Le paquet vasculaire dénudé, au centre du foyer sanguin; le segment artériel contus.

C, arcade crurale; FF', artère fémorale; M, couturier; P, fémorale profonde; S, saphène interne; T, segment contus et thrombosé de l'artère; V, veine fémorale.

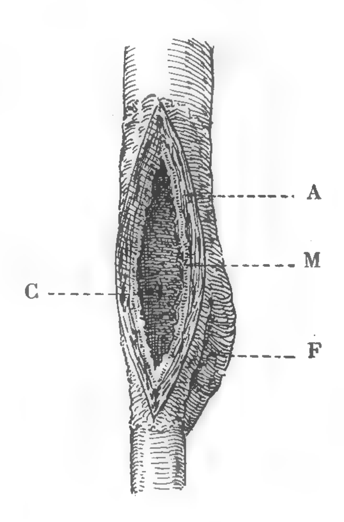


Fig. 2.

Incision du segment contus et thrombosé de l'artère.

A, tunique adventice; M, tuniques moyenne et interne; C, cavité centrale obstruée par les caillots; F, origine de la fémorale profonde.

Une ligature d'attente, sous-tendue par un demi-drain, est placée sur le bout supérieur de la fémorale; j'incise alors l'artère au bistouri, longitudinalement, sur une longueur de 1 centimètre et demi; je traverse une tunique adventice au moins triplée d'épaisseur, noire et totalement imprégnée de sang (fig. 2), puis une tunique moyenne friable, comme effritée et écaillée sur sa face interne,

aussi infiltrée de sang, et je pénètre dans la lumière de l'artère, occupée par des caillots noirs, mous, irréguliers; j'en extrais quelques-uns avec une pince, et, à ce moment, un jet de sang rouge, peu saccadé, surgit du bout inférieur. Une seconde ligature temporaire sur demi-drain est placée, le plus bas possible, sur le bout inférieur, et j'achève d'extraire les caillots, en comprimant légèrement le vaisseau de bas en haut; je puis alors passer un stylet librement dans le bout inférieur de la fémorale et aussi dans la fémorale profonde.

La perméabilité était donc rétablie de ce côté; mais, en haut, il n'est pas de même, et, la ligature d'attente enlevée prudemment, le sang n'apparaît pas. Je replace la ligature d'attente, et je prolonge l'incision artérielle jusqu'à lui donner une longueur totale d'environ 3 centimètres, en dépassant la limite supérieure du segment contus; par la pression de haut en bas, je fais sortir deux caillots moulés gros ensemble comme l'index. Cette fois l'artère était libre aussi au niveau de son bout supérieur.

Je réunis alors la plaie artérielle par un surjet de soie n° 00, à points très rapprochés, non perforants, et chargeant l'adventice et la partie externe de la tunique moyenne; puis un second surjet à la soie n° 0, passé dans la tunique adventice seule, complète la réunion. J'ajoute que la ligature d'attente ayant été retirée après la confection du premier surjet, un peu de sang rouge suintait entre deux points insuffisamment serrés, ce qui démontrait, tout au moins, que le passage était rétabli d'un bout à l'autre. Ce suintement s'arrête complètement par l'application du second surjet, l'aiguille ayant été enfoncée un peu plus profondément à ce niveau.

Ceci fait, je détergeai la poche sanguine, et, après avoir pratiqué une incision de décharge à la face antéro-externe de la cuisse, à la limite inférieure du foyer de décollement, j'y laissai une lamelle de gaze stérilisée. La plaie principale fut réunie.

Bien entendu, je ne pouvais pas compter sur une restitution intégrale du calibre de l'artère; les tuniques en étaient si épaissies que, très certainement, rapprochées par la suture, elles ne laissaient qu'une lumière centrale restreinte; une fois terminée la réunion artérielle, je ne constatai pas de battements proprement dits dans le bout inférieur, mais l'artère s'affaissait bien sous le doigt, et l'on y sentait un frémissement que l'on ne percevait pas avant; si les détails de l'opération ne laissaient pas de doutes sur le rétablissement de la perméabilité, le faible calibre du segment désobstrué, et les parois épaissies et infiltrées de ce segment, qui avaient perdu toute élasticité et figuraient une sorte de tube inerte, expliquaient suffisamment l'absence de battements vrais dans le bout inférieur.

Toujours est-il que, sans rien préjuger de l'avenir, le résultat immédiat nous autorisa pourtant à concevoir de réels espoirs.

Dans la journée même, la sensibilité était revenue au pied.

Le lendemain, le malade se plaint de sa jambe ; les urines sont rares, très colorées ; un peu d'albumine ; la teinte ictérique est plus accusée.

Le surlendemain, la sensibilité persiste toujours; le blessé déclare qu'il peut remuer un peu son pied, mais non les orteils; il a nettement la sensation que son pied est vivant, le sens musculaire.

Le 4 mars, douleur moindre au mollet, sensation de brûlure au pied. Toujours les mêmes esquisses de mouvement. La peau du pied et de la jambe est pâle, mais non marbrée. Pourtant la sensibilité diminue un peu, de nouveau, dans la même zone.

Le 5, on refait le pansement : l'œdème de l'aine et de la cuisse a disparu, les deux plaies sont en excellent état; on retire la lamelle. Le mollet est toujours tuméfié; le pied est redevenu insensible, inerte, la peau froide, légèrement violacée par places.

Cette fois, tout espoir de conserver le pied semble bien perdu, et nous assistons dès lors à la progression du sphacèle, qui se confirme de plus en plus et s'étend au tissu inférieur de la jambe.

Le 16 mars, les plaies crurales sont entièrement cicatrisées ; le pied et la partie inférieure de la jambe sont violacés ; froids, insensibles ; les orteils durs et racornis ; quelques phlyctènes se montrent çà et là.

Le 26 mars, gangrène sèche de la plante et des orteils ; gangrène humide du bas du pied et du cou-de-pied. Le sillon de démarcation se dessine peu à peu, remontant plus haut sur la face antéro-externe de la jambe.

J'attendis le plus longtemps possible, pour chercher à garder ce que je pourrais de la jambe; mais l'œdème, les phlyctènes et les signes de gangrène humide s'étendirent au mollet; l'état général devint mauvais, et, le 4 avril, j'amputai.

Les muscles de la jambe étaient jaunâtres, décollés et sphacélés ; après avoir fait tomber le segment inférieur, je parvins à confectionner, à la hauteur de la tubérosité antérieure du tibia, un moignon cruenté, composé d'un lambeau postérieur à la base duquel apparaissaient les gros vaisseaux obturés par un caillot adhérent, et d'un lambeau externe irrégulier.

La réunion s'est faite sans incident, et le blessé est aujourd'hui pourvu d'un moignon de jambe assez court, mais qui lui permettra la marche sur le genou.

Ainsi l'attrition de la grosse artère, à la base du membre, s'est

jugée finalement par la gangrène de la jambe, conséquence habituelle de ces traumatismes artériels. Notre intervention a-t-elle servi à quelque chose? A-t-elle restreint quelque peu la zone du sphacèle, et tout au moins contribué à le cantonner à la jambe, au-dessous du genou? Peut-être. Ce qui nous paraît certain, c'est que notre tentative de « débouchage » artériel n'a pas nui à notre blessé, et, qu'en somme, elle était rationnelle et pouvait être réellement utile dans certaines conditions. Elle nous a permis aussi de faire, sur le vivant et peu de jours après le traumatisme, l'examen, et, si je puis dire, l'anatomie pathologique de ces graves lésions, et d'en tirer quelques réflexions pratiques que je voudrais vous exposer.

N'est-il pas singulièrement pénible, et aussi, malaisément explicable de voir la gangrène succéder presque toujours (1) à ces attritions, à ces ruptures interstitielles des grosses artères à la racine du membre? Pourquoi donc ce sphacèle est-il presque constant, et quelles en sont les causes?

Dans un grand nombre de faits, comme dans le nôtre, l'infection ne joue aucun rôle : il s'agit de traumatismes sous-cutanés, la peau est intacte, l'évolution reste afébrile. La pathogénie doit donc se référer surtout à des questions de mécanique circulatoire. Or, ne lions-nous pas la fémorale, sous l'arcade, sans déterminer de sphacèle? Je sais bien que les conditions sont beaucoup moins favorables lorsque l'occlusion thrombosique s'étend, comme chez notre blessé, aux grosses collatérales supérieures, à la fémorale profonde, et pourtant, serait-ce là une cause irrémédiable de gangrène consécutive? Non; et, après l'attrition artérielle, le mécanisme des accidents nécrobiotiques est évidemment complexe.

L'occlusion de l'artère principale — et des premières collatérales — par le caillot d'une part, par l'épaississement et l'infiltration des tuniques d'autre part, constitue, à n'en pas douter, un facteur important de l'ischémie, et c'est pour cela que nous avons cherché à extraire ces caillots obstructeurs, à déboucher l'artère, à en rétablir la perméabilité, après l'avoir vidée et suturée, intervention qui avait encore cet autre avantage d'évacuer le foyer sanguin et de faire disparaître ainsi une compression à laquelle on a voulu faire jouer aussi un rôle important.

Mais la thrombose et l'occlusion artérielle ne sont pas tout :

(1) Sur les 34 faits réunis dans notre mémoire de 1898 (*Rev. de Chir.*, loc. cit.), 4 seulement se sont terminés sans gangrène. Depuis, M. Michel (de Nancy) a publié un nouvel et curieux exemple de guérison sans gangrène (Rupture sous-cutanée directe de l'artère humérale; oblitération consécutive, guérison sans gangrène, *Gaz. des hôp.*, 15 janvier 1901, n° 6). Quoi qu'il en soit, c'est là une éventualité exceptionnelle.

elles n'expliquent pas les modalités si variées du sphacèle, limité parfois aux doigts, à la peau du dos de la main, comme dans notre premier fait, ailleurs étendu en masse à un long segment du membre. Un autre facteur intervient : l'embolie (1); au niveau de la zone traumatisée de l'artère, le caillot, encore mou, se fragmente sous la pression centrifuge du sang, et de là naissent des embolies de volume variable, qui, projetées à la périphérie, se fixent à certains carrefours vasculaires, en interceptant les collatérales, et deviennent l'origine des gangrènes, de territoires parfois si bizarres, que nous observons. Chez notre blessé, nous sommes convaincus que, dès le début, un gros fragment de caillot a été se loger dans la poplitée; une demi-heure après l'accident, il ressentait une brusque et violente douleur au mollet, et, dès le lendemain, le mollet était tendu, dur, comme injecté à se rompre; le pied était insensible et inerte, et le blessé avait fort bien remarqué que cette insensibilité avait débuté aussitôt après la douleur brusque du mollet. C'est pour cela, sans doute, que notre intervention ne pouvait avoir de résultat sur la jambe.

Toujours est-il que le mécanisme de l'embolie consécutive est, pour nous, d'importance capitale dans la pathogénie, si peu explicable autrement, des gangrènes que nous étudions; et, devant un nouveau cas d'attrition sous-cutanée d'une grosse artère, instruit par ces faits et les constatations que notre opération nous a permises, nous ferions d'emblée, le plus tôt possible après l'accident, sans attendre la fin de cette période indécise qui le suit toujours, nous ferions la ligature de l'artère au-dessous du segment contus.

M. Delorme. — L'opération de notre collègue M. Lejars est si originale, que c'est réellement avec regret que je me sens forcé de lui opposer une remarque, une objection, une crainte, au sujet de ses résultats. Je souhaite que les faits en démontrent l'inanité et qu'ils contrecarrent les données de l'anatomie pathologique.

Lorsqu'un corps vulnérant contusionne une artère sans la rompre, il détruit dans une étendue variable les cellules épithéliales de la tunique interne en même temps qu'il dissocie, dilacère, soit les fibres musculaires lisses, soit les fibres élastiques ou, à la fois, les fibres musculaires et élastiques de la tunique moyenne, produisant des plaies anfractueuses ou linéaires plus ou moins transversales, qui favorisent, qui sont la cause de la formation du caillot oblitérateur primitif, comme mes expériences l'ont démontré.

Que, si peu de temps après le traumatisme on enlève ce caillot

(1) Chuquet y insistait déjà en 1877. (*Bull. Soc. Anat.*, 1877, p. 105).

par une incision artérielle axile, ne doit-on pas s'attendre à voir un nouveau caillot se reformer et adhérer à la paroi interne toujours irrégulière du vaisseau ?

Et, si l'ablation du caillot n'est pas rapide, mais est plus ou moins tardive, n'est-il pas à craindre encore que le dépoli de la surface intérieure de l'artère enflammée ou en voie de réparation et l'absence d'une couche épithéliale régulière n'entraînent la formation d'un caillot oblitérateur qui annihilera l'effet de l'intervention ?

Notre collègue M. Lejars, dans son étude des causes de la gangrène consécutive aux contusions des gros troncs artériels, ne me semble pas avoir attribué une part suffisante à l'une de ces causes, peut-être la plus importante, je veux parler de l'*attrition concomitante des voies collatérales artérielles* et surtout de celle des veines satellites de ces troncs et de ces collatérales. Un corps vulnérant de petit volume, une balle, par exemple, limite souvent son action à l'artère principale du membre, mais un corps vulnérant de grande étendue et mû avec une force considérable, des tampons de wagons, comme dans le cas de M. Lejars, une grosse pierre, une pièce de bois, contusionnent non seulement un tronc artériel principal, mais plusieurs de ses troncs collatéraux, les grosses veines et même les troncs nerveux qui fournissent les vaso-moteurs.

C'est, à mon sens, l'étendue et la multiplicité de ces dégâts, qui expliquent la plus grande fréquence des gangrènes observées à la suite des contusions par les corps larges et pesants; c'est leur limitation surtout qui les rend moins fréquentes à la suite des contusions artérielles par coup de feu.

Chez le blessé de M. Lejars, la fémorale profonde, la plus grosse des collatérales de la fémorale commune, avait été contuse en même temps que cette dernière, ainsi que le montre l'un de ses dessins.

Je n'ai pas d'objection à opposer à la théorie de l'embolie, mais, dans le cas particulier, à moins qu'on n'accuse une cause directe, une pression exercée sur le vaisseau, un mouvement regrettable, etc., je ne m'expliquerais pas bien la séparation d'une partie du caillot. La grosse collatérale, qui eût pu fournir un courant sanguin susceptible de le détacher et de le propulser, était oblitérée et, quant aux perforantes, elles ne pouvaient fournir qu'un remous que M. Lejars a senti, mais qui était trop faible et trop mal dirigé (de bas en haut) pour produire cet effet.

M. Pierre Delbet. — La communication de mon ami Lejars me parait des plus intéressantes, et j'estime que dans cette circon-

stance grave il a tenu la conduite la plus hautement chirurgicale qu'il soit possible de tenir actuellement.

M. Delorme lui a adressé des objections qui sont très justes. Sans doute il est difficile d'admettre qu'une artère aussi complètement altérée puisse retrouver sa perméabilité complète et définitive, mais il n'est peut-être pas nécessaire que cette perméabilité soit ni complète ni définitive pour qu'on rende service au malade. Une perméabilité transitoire peut donner le temps à la circulation collatérale de s'établir, et il n'est point impossible qu'on l'obtienne, puisqu'il y a des moyens d'empêcher pour un temps le sang de se coaguler.

Mais je voulais surtout envisager la question de la gangrène. Lejars nous a dit qu'elle était souvent due à des embolies. Je suis tout à fait de son avis, et j'ai déjà soutenu cette doctrine, il y a une douzaine d'années, lorsque je me suis occupé des anévrismes.

Il est certain que lorsqu'on fait une ligature pour une lésion localisée d'une artère, celle par exemple que produit un coup de couteau, la gangrène est infiniment rare. Il y a même des artères qui sont en quelque sorte inutiles, qu'on peut lier avec une impunité complète, par exemple la fémorale superficielle et la partie élevée de la poplitée.

Au contraire, lorsqu'on fait la ligature pour un anévrisme, la gangrène survient quelquefois ; elle devient très fréquente, elle est la règle à la suite des déchirures sous-cutanées des artères.

Dans les uns et les autres cas, après une ligature comme à la suite d'une déchirure, l'artère est pareillement oblitérée. A quoi tient donc une pareille différence dans la fréquence de la gangrène ? A trois causes que j'ai indiquées dans mon article sur les maladies chirurgicales des artères du Traité de chirurgie.

L'une de ces causes vient d'être rappelée par M. Delorme. Les contusions graves des artères sont toujours le résultat de traumatismes considérables. Aussi la grosse artère dont on constate la lésion n'est sans doute pas la seule endommagée. Les artères musculaires, les branches collatérales, les voies par lesquelles la circulation devrait se rétablir sont également altérées.

Il est une autre cause de gangrène, qui me paraît réellement importante, c'est l'hématome. Les grosses tumeurs sanguines fortement tendues apportent un obstacle considérable à l'établissement de la circulation collatérale, car elles compriment les vaisseaux par où cette circulation pourrait s'établir. Quand la rupture artérielle est complète et que l'hématome est pulsatile, quand il existe comme on disait autrefois un anévrisme faux, cette cause de gangrène devient tout à fait prépondérante.

Enfin la troisième cause, c'est les embolies. Quand on étudie en

détail les observations d'anévrismes où la ligature a été suivie de gangrène, on voit souvent signalé ce fait, sur lequel les auteurs insistent avec étonnement, que la circulation s'était bien rétablie, que les artères battaient avec force, que le membre ne s'était pas refroidi. On voit aussi que dans certains cas, la gangrène s'annonce par une douleur brusque, très vive, localisée loin du siège de l'intervention. On voit encore que dans certains cas, la gangrène se produit alors même que l'anévrisme continue à battre et à souffler. Si l'on ajoute à tout cela que la gangrène se localise d'une manière singulière à l'extrémité du membre et que sa circonscription n'a aucun rapport avec le gros vaisseau lésé, on a un faisceau de preuves qui ne permet pas de douter de l'origine embolique de certaines gangrènes. D'ailleurs, ces caillots emboliques on les a vus. Dans un cas où Bardeleben avait fait la ligature de la fémorale pour un anévrisme poplité, la gangrène ayant nécessité l'amputation de la jambe, on a trouvé dans plusieurs petites artères, au voisinage des foyers gangreneux, de petites thromboses localisées.

Les gangrènes d'origine embolique existent donc bien. C'est l'une des causes qui expliquent que la gangrène est plus rare après l'extirpation des anévrismes que lorsqu'on les traite par la ligature.

Pour toutes ces raisons, la proposition qu'a faite Lejars en terminant me paraît très digne d'être prise en considération.

Quand il existe une rupture artérielle, qu'elle soit complète ou incomplète, je crois bien que l'indication fondamentale est d'aller droit, sans attendre, sur le vaisseau lésé, et de le lier. On réduira ainsi les chances de gangrène au minimum, et parce qu'on supprimera le foyer sanguin, agent de compression, et parce que l'on opposera une barrière aux embolies.

Présentation de malade.

M. Riche présente une malade atteinte de *plaie du cœur*, traitée par la suture.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bazy, Chaput et Delorme, rapporteur.

Présentation de pièces.

Contribution à l'étude des fractures latentes et de la radiographie dans les fractures.

M. Chaput. — Il existe des fractures complètes, latentes, sans symptômes, sans mobilité, sans crépitation, sans raccourcissement, sans déviation de l'axe, sans aucune saillie extérieure de l'os.

La radiographie peut les révéler dans certains cas; dans d'autres elle ne donne pas de renseignements, ou des renseignements très insuffisants.

C'est ce qui ressortira des deux observations suivantes :

Fracture oblique du tibia sans déplacement, avec longues fissures mises en évidence par la radiographie. Observation rédigée par M. Foisy, interne des hôpitaux.

Le malade est âgé de quarante-six ans. Le 10 mai, à 9 heures du matin, il se mettait en mesure de brider son cheval; il tenait la bride de la main droite et la crinière du cheval de la main gauche; l'animal posa son pied sur celui de l'homme ; celui-ci recula et ce mouvement fut cause que le mors tomba et vint frapper la face interne du tibia droit.

Le malade éprouva une violente douleur, s'affaissa et ne put se relever seul. Il a pu ensuite se tenir debout en se faisant aider.

A l'entrée, le malade se plaint d'une douleur dont le maximum siège sur la face interne du tibia, à 10 centimètres au-dessus de la malléole interne. La douleur est très marquée sur une hauteur de 5 à 6 centimètres; elle est réveillée par la pression, les mouvements actifs et passifs; elle apparaît spontanément pendant la nuit.

A l'inspection, la région est peu tuméfiée; il existe une ecchymose surtout marquée à la partie interne de la jambe dans sa moitié inférieure.

A la palpation on sent sur la face interne du tibia un empâtement périostique. Pas de mobilité anormale ni de crépitation ni de raccourcissement; les mouvements du pied sont normaux.

Instruit par un fait antérieur, je soupçonne une fracture sans déplacement et j'envoie le malade à la radiographie. Il me revient avec une épreuve de finesse médiocre prise de profil, montrant : 1° une fracture oblique en bas et en avant, dont l'extrémité inférieure est située à 10 centimètres de la surface articulaire inférieure du tibia.

2° Une très longue fissure commençant en haut à 18 centimètres de l'extrémité inférieure du tibia, croisant le trait de fracture oblique vers son milieu, et descendant verticalement jusqu'à 5 centimètres de l'ex-

trémité inférieure du tibia ; à partir de cet endroit le trait marche obliquement en bas et en avant et se termine à la partie antérieure de l'os à 3 centimètres de la surface articulaire du tibia.

3° Une petite fissure secondaire verticale, qui part de l'extrémité inférieure de la précédente et remonte à 4 centimètres plus haut ; elle est située à 2 millimètres du bord antérieur du tibia.

Sur une autre épreuve de face un peu moins bonne, la grande fissure ne se voit pas pour un œil non prévenu ; la fracture oblique n'est pas visible.

Il semblerait d'après cette observation que nous avons le droit de compter beaucoup sur la radiographie pour nous révéler les fissures et les fractures sans déplacement. L'observation suivante nous montrera qu'il n'en est rien.

Fractures du tibia et du calanéum, non révélées par la radiographie.

Il y a quelques jours, entrait dans mon service un homme de quarante-deux ans, charretier, sur le pied duquel était passée une voiture pesamment chargée. Il présentait une plaie au niveau de la partie inférieure et externe du péroné, avec fracture comminutive de cet os. Sous la plante du pied, autre plaie très profonde au fond de laquelle on percevait un trait de fracture du calcanéum, oblique en bas et en avant, avec saillie légère du fragment supérieur en dedans.

Mon interne, M. Garrigue, enleva les esquilles du péroné en conservant la malléole externe et appliqua un pansement iodoformé.

J'examinai le malade le lendemain, et je constatai, outre les lésions précédentes, la rectitude et l'immobilité du tibia ; je trouvai, en outre, une subluxation du pied en arrière.

J'envoyai le malade à la radiographie afin d'éclaircir mon diagnostic qui me paraissait incomplet. La radiographie ne m'apprit rien, sinon un arrachement de la malléole interne, ainsi que vous en pouvez juger sur ces photographies.

En me basant sur l'alcoolisme du blessé et la nature du traumatisme, j'annonçai immédiatement à mes élèves que le malade serait pris bientôt de délire alcoolique, puis de gangrène du membre, qu'on l'emputerait et qu'il en mourrait. Mes prévisions devaient se réaliser.

Je me décidai alors à pratiquer la ténotomie du tendon d'Achille pour réduire la subluxation du pied qui se reproduisait immédiatement après la réduction. Après la section tendineuse le pied se redressa facilement, mais je perçus alors un craquement osseux avec mobilité anormale du tibia. Je constatai qu'il s'agissait d'une fracture en V de Gosselin ; je réséquai le sommet des fragments, de façon à supprimer toutes les anfractuosités pouvant favoriser l'infection, — et j'immobilisai le membre dans un appareil à attelles métalliques.

Au bout de quelques jours, le malade avait du délire alcoolique, le pied présentait des signes de gangrène, et l'œdème septique envahissait le mollet. Je fis pratiquer l'amputation au niveau du foyer de la fracture.

Le lendemain, l'infection septique avait monté, et l'état général s'était aggravé ; je fis la désarticulation du genou, sans anesthésie ; le malade mourut dans la journée.

Je vous présente ici les pièces ; voici le tibia avec la fêlure qui part du sommet du V et se prolonge dans l'articulation ; par cette voie l'articulation s'était infectée, elle était pleine de pus.

Voici aussi le calcanéum ; il présente une fracture oblique en bas et en avant qui part un peu en arrière des surfaces astragaliennes et qui aboutit au bord inférieur de la surface cuboïdienne.

Il y avait engrènement parfait du tibia, avec rigidité, de telle sorte qu'on conçoit que les rayons X, ne rencontrant pas d'obstacle, n'en aient accusé aucun sur la photographie. Il est plus étonnant que la fracture calcanéenne, au niveau de laquelle existait un chevauchement peu considérable, mais net cependant, ait aussi passé inaperçue.

En se reportant à l'épreuve négative faite pendant la vie, on constate une légère ligne transparente à la partie inférieure du tibia, mais pas la fracture oblique ni toutes les fissures qui en partent. La fracture du calcanéum n'est pas visible pour moi sur cette épreuve.

Le tibia, radiographié après la mort, sur une première épreuve ne donne rien, et sur l'autre ne montre qu'une partie des fissures.

Cette radiographie faite après la mort est très importante car elle a été faite sans interposition des parties molles ; malgré cela, et bien que la netteté et la finesse de l'épreuve soient absolument parfaites, elle ne nous renseigne que très insuffisamment sur le nombre et la direction des fissures.

Il m'a semblé que je devais publier cette observation en raison de sa précision qui ne laisse place à aucun doute. La radiographie est une ressource trop précieuse pour nous pour que nous ne nous efforçions pas de savoir par le menu dans quelles conditions elle est capable de nous renseigner ou de rester silencieuse.

Il est d'autre part intéressant de voir une fracture en V ne se révéler par aucun symptôme, ce qui s'explique puisqu'il n'y avait ni changement de direction, ni raccourcissement, ni sensibilité anormale, ni saillie osseuse, ni aucune anomalie de l'image radiographique du tibia.

La marche fatale d'une fracture compliquée chez un alcoolique ne m'a pas étonné, car j'en ai observé plusieurs exemples analogues. A mon avis la radiographie ne peut donner de résultats convenables que si les rayons X sont parallèles au plan de la fissure, elle ne donne rien si les rayons traversent la fissure perpendiculairement.

Il en résulte que pour mettre les fissures en évidence, il faut prendre plusieurs épreuves dans des incidences différentes.

M. Delorme. — M. Chaput nous a dit que le cas remarquable de fracture axile et incomplète du tibia qu'il nous a présenté et dans

lequel une fissure de 12 centimètres de longueur sillonnait cet os, ne s'était accompagné d'aucun signe clinique de fracture. Si notre collègue n'a eu en vue que les signes classiques des fractures complètes, la mobilité anormale, la déformation du membre, la crépitation, etc., je n'ai aucune peine à partager son avis. Ces signes en effet manquent presque toujours dans ces fractures dites incomplètes, c'est à dire sans déplacements ; il est même sage de ne pas les rechercher car on s'expose, en le faisant, à transformer une fracture incomplète, d'une guérison très simple en une fracture complète de guérison moins parfaite ; mais l'absence de ces signes habituels n'implique pas qu'on ne puisse reconnaitre ces fractures par d'autres moins connus et par le fait peu recherchés.

Quand on presse successivement et longitudinalement sur tous les points de l'axe de la face osseuse sillonnée par la fissure et la chose est facile surtout quand la fissure répond à la face interne, très accessible du tibia — la pression est douloureuse.

Elle l'est encore par une palpation, plus accusée, plus profonde exercée sur les autres faces du membre et de l'os si la fissure les sillonne comme elle a divisé la première. Cette douleur par l'étendue suivant laquelle on la réveille ne saurait être confondue avec celle, plus circonscrite, qui résulte de l'attrition des parties molles.

Une pression rapide exercée sur le genou et le talon, un coup de paume de la main par exemple, peut réveiller une douleur sur toute la longueur de l'os.

Enfin, sous le périoste décollé tout le long de la fissure s'épanche rapidement du sang reconnaissable à l'inspection et à la palpation si la fissure répond à la face interne du tibia comme la chose a eu lieu, ce me semble chez ce blessé. Si le périoste est non seulement décollé, mais partiellement détruit, une ecchymose étendue et rapide remplace l'épanchement linéaire.

Ces signes se retrouvent dans les fractures longitudinales par coup de feu identiques à celle que nous présente M. Chaput et qui est due au choc d'un corps vulnérant de nature différente.

Présentation d'instruments.

Nouveau séparateur des urines.

M. Félix Legueu. — Au nom de M. Cathelin, hier encore interne à la clinique de Necker, je vous présente un nouvel ins-

trument destiné à recueillir dans la vessie l'urine séparée des deux reins.

Il se compose d'un tube analogue au cystoscope, qu'on introduit dans la vessie de la même manière que tous les instruments métalliques. Une fois qu'il est introduit, on dégage de son extrémité vésicale une cloison membraneuse en caoutchouc, qui se place dans le plan antéro-postérieur de la vessie. La membrane est tendue sur un ressort en acier qui n'exerce sur la vessie qu'une douce pression.

C'est là qu'est, d'ailleurs, l'avantage principal de cet instrument ; il s'adapte à toutes les vessies, quelle que soit leur sensibilité. Suivant que la capacité de la vessie est plus ou moins développée, la membrane se déroule à volonté, dans une étendue plus ou moins large. Et ainsi, grâce à cette ingénieuse disposition, le même appareil conviendra à une vessie de 20 grammes comme à une vessie de 200 grammes. Il s'adapte également bien aux vessies de la femme qu'à celles des prostatiques, sans qu'on soit obligé de mettre le doigt dans le rectum pour assurer le contact de l'instrument et de la vessie. En outre, la séparation des urines se fait non par pression, mais par un simple contact. L'application de l'appareil n'est donc pas douloureuse ; il est très bien supporté, et il nous a permis de recueillir isolément les urines des deux reins sur des malades chez lesquels l'état de la vessie ne permettait l'application d'aucun autre séparateur.

Quant à son efficacité, vous en avez la preuve dans ces tubes que voici ; la seule manière de prouver d'une manière irréfutable l'efficacité d'un séparateur, c'est de l'appliquer sur un néphrectomisé. Or, voici le résultat de la séparation sur trois des derniers malades auxquels j'ai pratiqué la néphrectomie. Vous voyez que dans un des deux tubes, il n'y a absolument aucune goutte d'urine. Donc, la séparation se fait dans la vessie d'une façon irréprochable, et, comme cet appareil peut s'appliquer sur des vessies qui ne peuvent recevoir aucun autre instrument, j'ai le droit de considérer qu'il constitue un réel progrès dans la pratique de la séparation des urines.

M. Bazy. — Quel est le calibre de l'instrument?

M. Legueu. — N° 25 de la filière Charrière.

Le Secrétaire annuel,
P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 28 MAI 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° — Une lettre de M. Legueu qui, retenu par son service de chirurgien de garde, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Président fait part à la Société de la mort de M. Polaillon, ancien président.

Messieurs,

J'ai la douleur de vous faire part de la mort de notre collègue Polaillon, décédé le 23 mai et inhumé le 26. L'oubli dans l'énumération de ses titres de celui de membre et ancien président de la Société de chirurgie ne m'a pas permis de prendre la parole à ses obsèques; permettez-moi de rendre aujourd'hui à notre collègue notre dernier hommage et de lui adresser notre suprême adieu.

Polaillon appartenait à la Société de chirurgie depuis 1873; en 1888, il obtenait l'honneur de la présidence, et il ne demandait le titre de membre honoraire qu'en 1893, voulant montrer ainsi tout l'intérêt qu'il prenait à nos séances et tout son désir de rester en communion fréquente avec nous.

Pendant toute cette longue période, Polaillon fut un des membres les plus actifs de la Société; toujours fidèle et assidu à

chacune de nos séances, il n'est guère de semaine où il n'ait pris la parole pour lire un rapport, faire une communication ou se mêler aux discussions en cours.

Son passage comme accoucheur-adjoint à l'hôpital Cochin lui avait permis d'acquérir une somme de connaissances obstétricales dont il fit souvent bénéficier la Société pour l'entretenir de faits intéressants ayant trait à la pathologie de la grossesse, aux malformations congénitales ou à l'appréciation de nouveaux instruments créés en obstétrique.

Plus tard, placé à la tête d'un important service à la Pitié, Polaillon sut y puiser les éléments de très nombreuses communications sur presque tous les points de la chirurgie générale, et il fut un des premiers à donner une place imposante à la chirurgie de l'abdomen; il acquit même pendant quelque temps un instant de grande notoriété par ses efforts à rajeunir et à améliorer un procédé médical de cautérisation intra-utérine que de nombreux inconvénients avaient fait abandonner. Dans nos Bulletins, le nom de notre collègue revient à chaque instant, et ce serait faire une énumération de tous les sujets de la chirurgie que de vous rappeler les titres de ses travaux.

A une période plus avancée, après sa retraite des hôpitaux, Polaillon n'abandonna pas nos séances et nous fut fidèle jusqu'au jour où la maladie le retint éloigné d'une façon définitive. On le voyait arriver régulièrement vers 4 heures moins le quart, distribuant des bonjours discrets que ses yeux de myope envoyaient un peu au hasard, toujours fidèle à sa même place et religieusement attentif, sachant bien que le silence est la politesse des réunions savantes, et que l'attention prêtée à un orateur est le plus sûr hommage et le meilleur encouragement pour son travail.

La maladie et la mort sont venues brutalement le terrasser à un âge peu avancé; mais, en quittant les joies si rares de la vie et ses innombrables tristesses, notre collègue a pu se dire qu'il laissait un noble héritage; un bagage scientifique dont tout le monde pourrait être fier, et la mémoire d'une vie correcte et pleine de dignité.

Messieurs, je vous propose de lever la séance en signe de deuil.

— La séance est levée en signe de deuil.

Le Secrétaire annuel,
P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 4 JUIN 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Chaput qui, retenu par le concours des assistants d'otologie, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Un travail de M. E. Chevalier, intitulé : *Deux observations de fièvres typhoïdes compliquées de perforation intestinale, traitées par la laparotomie et la suture. Guérison.* — Le travail de M. Chevalier est renvoyé à une Commission dont M. Bazy est nommé rapporteur.

4°. — Le tirage à part d'un travail publié par M. Marcou dans les *Archives générales de médecine*, sous le titre suivant : *L'Enseignement médical en Russie.*

5°. — Une dépêche de M. Zeidler, président de la Société russe de chirurgie, dont voici le texte :

« Pétersbourg.

« Les membres de la Société russe de chirurgie en mémoire de Pirogoff, réunis dans leur séance annuelle et animés par les plus vives sympathies pour l'alliance glorieuse et étroite franco-russe, se donnent l'honneur d'envoyer à leurs confrères de la Société de chirurgie à Paris leur salut colléguial et l'expression cordiale de leurs sentiments chaleureux et empressés.

« *Le président*, Zeidler. »

Au nom de la Société, M. le Président décide que la dépêche de nos collègues russes recevra la réponse suivante :

« Les membres de la Société de chirurgie de Paris, reconnaissants à leurs illustres collègues russes de leur souvenir et de leur sympathie, leur envoient l'expression de leurs sentiments confraternels et amicaux. »

A propos de la correspondance.

M. Kirmisson offre à la Société de Chirurgie le volume qu'il vient de publier sur *Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence.*

M. le Président remercie M. Kirmisson au nom de la Société.

M. Delens fait don à la Société de Chirurgie d'un lot d'environ trois cents brochures (Thèses de chirurgie et tirages à part de journaux médicaux).

— M. le Président remercie M. Delens au nom de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

Formes gangréneuses de l'appendicite.

M. Quénu. — M. Walther est d'accord avec moi sur l'envahissement précoce et violent du système lymphatique dans les formes gangréneuses de l'appendicite. Mais il me demande de faire quelques réserves sur le côté clinique et pratique de ma communication, à savoir la valeur séméiologique de la douleur à la pression précoce et diffuse. J'avais d'avance donné satisfaction à mon collègue et ami, puisque j'attendais, d'observations à venir, la notion de constance ou de fréquence de ce signe. M. Walther, allant plus loin, nous apporte deux observations d'appendicite gangréneuse « dans lesquelles le signe n'existait pas ».

En sollicitant l'attention de mes collègues sur la recherche d'une modalité de la douleur dans une forme donnée d'appendicite, je faisais appel aux observations à venir et non aux observations passées, sachant très bien par expérience que la constatation d'un signe est liée à sa recherche prévue et voulue, et que celle ci doit être subordonnée aux conditions dans lesquelles s'est placé lui-même l'observateur en premier. Ces réserves faites, j'aborde l'analyse des deux observations négatives de M. Walther.

Dans une première observation, notre collègue examine une fillette en proie à la stupeur, avec 120 pulsations et 39 degrés de température, et une douleur très localisée et pas très intense au point de Mac Burney.

Quarante-huit heures après le début de la crise, il l'opère et trouve une appendicite gangréneuse. Donc, conclut-il, voilà un cas d'appendicite gangréneuse avec « une douleur pas très vive et localisée au point de Mac Burney ». M. Walther m'accordera que vraiment son observation, résumée en sept lignes, est un peu succincte ; mais telle qu'elle est, elle ne prouve absolument rien. En effet, je puis avancer, sans craindre d'être contredit, que, d'une manière générale, la valeur séméiologique de la douleur est d'autant plus grande que l'affection est demeurée locale. Que voyons-nous, non seulement dans les septicémies péritonéales, mais dans les péritonites graves, dans les phlegmons gangreneux des membres, dans les anthrax malins, dans toutes les inflammations très septiques, c'est qu'à une période de douleur vive et diffuse, parfois très courte, succèdent bientôt un endolorissement et dans certains cas même une sorte d'anesthésie allant jusqu'à masquer le siège initial du foyer d'intoxication. Tel a été le cas pour l'enfant de M. Walther. Cette atténuation ou même cette disparition totale de la douleur sont expressément notées dans deux très complètes observations de M. Mignon. Dans sa première, au moment où deux phénomènes nouveaux apparaissent, la céphalalgie et les selles diarrhéiques, non seulement il n'est plus question de douleurs spontanées du ventre, mais « il faut déprimer et écraser en quelque sorte le cæcum pour éveiller un peu de sensibilité ». Dans sa deuxième observation, M. Mignon, qui ne voit le malade que le huitième ou le neuvième jour, note que les douleurs sont *moins vives qu'au début*, et cependant le malade porte un abcès gangreneux rétrocæcal auquel il succombe peu après. Ces faits sont, du reste, bien connus, et M. Dieulafoy leur consacre dans ses cliniques médicales de longs développements ; son expression « d'accalmie traîtresse » est des plus significatives. C'est précisément parce que je n'accorde à la douleur qu'une importance très relative, à l'époque où les signes de septicémie ont fait leur apparition, que j'ai eu soin de restreindre la constatation du signe douloureux aux premières vingt-quatre heures; après, il est trop tard, le poison a fait son chemin, et c'est l'état général qui prédomine, c'est lui seul qui a de la valeur; c'est l'heure de l'adynamie, des selles diarrhéiques de la teinte jaune et de la langue sèche ; M. Walther m'objectera que ces arguments touchant l'heure d'observation se trouvent en défaut pour son second cas ; n'a-t-il pas examiné sa malade treize heures après le début sans découvrir

aucune douleur, aucune sensibilité dans la fosse iliaque droite? Cette observation, qu'il qualifie lui-même d'exceptionnelle, est très intéressante, et c'est pour cela que je voudrais la voir plus précise. Est-il possible d'admettre, comme semble le faire notre collègue, qu'un ventre souple et libre se soit transformé en un abdomen plein de pus en l'espace de onze heures. Je ne mets pas en doute, bien entendu, les faits, je discute leur interprétation et je dis : votre dame âgée qui avait eu deux mois auparavant une péritonite diffuse, qui avait mis longtemps à réduire et à résorber une masse volumineuse, a peut-être gardé une poche purulente bien enkystée, non perceptible, qui a pu se rompre et mettre à jour un appendice depuis longtemps malade; l'appendice gangreneux ne détermine pas en quelques heures la suppuration de tout un ventre ; c'est supposer à ce péritoine d'une malade âgée une intensité de pouvoir défensif qu'il n'a pas.

Quoi qu'il en soit, votre cas est trop entaché d'obscurité, et il vous paraît à vous-même trop exceptionnel pour qu'on ait le droit d'en tirer une conclusion quelconque, négative ou non.

Veux-je prétendre qu'il est possible de fixer une symptomatologie nette à l'appendicite gangréneuse et que cette symptomatologie est toujours la même? en aucune façon, je dis seulement que peut-être arriverons-nous à découvrir soit dans l'état général, soit dans l'état local, des signes précoces, c'est-à-dire perçus le premier jour, susceptibles de nous faire soupçonner certaines formes graves d'appendicite. Que celui que j'ai indiqué soit inconstant, je vous l'accorde *a priori*, parce qu'il n'y a aucun signe constant en pathologie; mais si vous le rencontrez, il mérite que vous en teniez compte, à moins que vous ne me démontriez, ce que vous n'avez pas fait, que dans les formes légères d'appendicite il existe très fréquemment une douleur vive à la pression, étendue aux régions que j'ai mentionnées, et cela dans les premières vingt heures de la crise.

J'aborde actuellement l'analyse critique des observations de M. Mignon. Notre collègue en tire cette conclusion : c'est que les caractères prédominants de la symptomatologie de l'appendicite gangréneuse sont ceux d'une toxhémie. Je suis absolument de son avis, mais cette toxhémie a une porte d'entrée, l'affection est locale d'abord, très peu de temps, je l'accorde, mais assez longtemps tout de même pour qu'on puisse intervenir utilement; si vous n'envisagez que des phénomènes généraux, fièvre, adynamie, diarrhée, et si vous basez sur leur constatation votre indication opératoire, neuf fois sur dix vous échouerez, et de fait M. Mignon perdit ses trois malades, bien que dans un cas, l'appendice gangrené fût enkysté dans une poche purulente.

L'affection, dis-je, est d'abord locale. Bien plus mon observation démontre que la gangrène est localisée à la muqueuse, avant d'envahir toute l'épaisseur de l'appendice. M. Letulle a voulu établir trois types de gangrène et considérer un type dit de nécrose gangréneuse dans lequel le sphacèle occupe la totalité des couches de l'appendice, tandis que dans un autre qu'il appelle la nécrose fibrinoïde, la perforation n'est pas inévitable, les lésions nécrosantes pouvant se limiter à la muqueuse et à la sous-muqueuse; notre pièce nous montre sur les points différents de l'appendice et une gangrène limitée à la muqueuse et une gangrène de toutes les parois; je pense donc pour ma part que l'altération gangréneuse est d'abord une lésion de la muqueuse, spécialement des follicules clos, et qu'elle n'envahit les couches musculaires et séreuses que secondairement; quand la totalité des tuniques appendiculaires est mortifiée et sphacélée depuis plus de quelques heures, la large voie de la cavité péritonéale est ouverte à l'absorption putride, et nous comprenons que les signes indicateurs d'une septicémie soient précoces; c'est donc, je le répète dans les premières heures à compter du début des premières douleurs spontanées qu'il conviendrait d'explorer attentivement la sensibilité du ventre.

Si le signe que j'ai deux fois constaté a une valeur séméiologique et une utilité, il ne les a précisément que dans ces premières heures, j'ai dit dans les premières vingt ou vingt-quatre heures : aux médecins de se placer dans les conditions précises que je formule. Or le premier malade de M. Mignon n'est examiné par lui que plus de quarante-huit heures après le début de la crise, en pleine infection. Son second malade a ses premières douleurs le 25 septembre, son premier examen est du 4 octobre. Le troisième enfin, un enfant de onze ans, est pris le 7 mai au matin de douleurs abdominales; le médecin n'est appelé que le 9 au matin, soit quarante-huit heures plus tard; quand M. Mignon l'examine, il le trouve déjà avec une teinte jaune du visage, les pommettes rouges et 38°4 de température.

Je note non sans intérêt que dans une des autopsies de M. Mignon, on constate l'existence de ganglions volumineux, non pas seulement dans le méso-appendice mais à *l'angle du cæcum.* Je conclus en appelant de nouvelles observations faites dans les termes précis que j'ai formulés.

M. Broca. — Je ne crois pas que la douleur soit un signe bien spécial d'appendicite gangréneuse. Voici, à ce sujet, une observation toute récente. Il y a samedi huit jours, j'ai vu un enfant atteint de coxalgie et je lui ai donné rendez-vous pour être plâtré

le mardi suivant. Le mardi, rien de spécial et on applique l'appareil, dans la nuit de mercredi au jeudi, vomissement, état grave et le jeudi matin, alors que le ventre n'était, pour ainsi dire, pas douloureux, que je ne trouvais rien dans la fosse iliaque, j'ai opéré par ce que je constatai les signes d'une péritonite diffuse, avec 38°5 de température et 160 au pouls. Or, il y avait, outre la péritonite diffuse, un foyer pelvien supérieur dans lequel l'appendice était gangrené, et qui certainement existait le mardi quand l'enfant, venu à pied à l'hôpital, à été appareillé. Aujourd'hui, il va bien.

M. Quénu. — Je remercie M. Broca de nous avoir communiqué son observation, mais qu'il me permette de lui présenter quelques objections. Son enfant est venu mardi à la consultation avec de la fièvre et souffrant un peu du ventre; c'est à ce moment que l'examen du ventre aurait pu avoir quelque intérêt. M. Broca ne l'a revu et opéré que le jeudi matin, soit au moins quarante-huit heures après, il a trouvé un abcès gangreneux, ce qui confirme mes réflexions sur la date éloignée du début. Je sais bien que mes collègues me répondront qu'ils voient rarement les appendicites tout au début; c'est pour cela que je désirerais voir les médecins analyser la douleur abdominale dès les premières heures. Quand je parle de la douleur dans l'appendicite gangréneuse, je n'entends pas qu'elle soit intense; je sais comme mes collègues que la douleur spontanée est précisément parfois peu accentuée dans l'appendicite gangréneuse; mais je parle non de l'intensité, mais de la diffusion, je parle de la douleur à la pression et précoce.

Rapports.

Anurie calculeuse. Opération au 12e jour. Guérison, par M. le Dr A. Suarez de Mendoza, professeur des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Madrid.

Rapport par M. BAZY.

L'observation, dont je viens de vous lire le titre, a trait à une femme de cinquante-huit ans qui avait, tous les trois ou quatre mois depuis 1895, des coliques néphrétiques du côté droit.

Il y a six mois, elle a eu des coliques néphrétiques gauches qui se sont répétées quatre fois; la dernière dura quinze jours et fut très violente; elle eut lieu vers la fin de décembre. Depuis ce

moment, la quantité d'urine émise diminua progressivement jusqu'à atteindre à peine 250 grammes par jour.

Vers le 25 janvier, cette oligurie s'accentua pour faire place, le 1er février, à une anurie complète.

Pendant cinq jours, l'état se maintient bon; à ce moment, c'est-à-dire au bout de cinq jours, apparaissent des maux de tête, et le lendemain, des vomissements.

Le Dr Suarez voit la malade le 11 février et constate en plus l'existence d'un purpura hémorragique « d'une violence peu commune » dont le début remontait à l'après-midi du 8.

Ici je copie textuellement : « La palpation, la percussion et l'examen bimanuel démontraient la vacuité absolue de la vessie. Le rein gauche, examiné au moyen du palper, était à sa place; son volume paraissait normal; sa sensibilité à la pression, recherchée avec insistance, était légèremenl augmentée.

« La palpation du rein droit permettait la facile constatation d'une ectopie complète avec augmentation de volume considérable, peu de mobilité et douleur vive à la pression.

« La défense musculaire était très accentuée de ce côté.

« La malade prétend n'avoir jamais rendu de sable ni de graviers. Température : 38°4; pouls : 96. »

Notre confrère s'est posé une double question? Y avait-il anurie calculeuse? Auquel des deux reins étaient imputables les accidents?

Il s'est demandé s'il s'agissait d'une hydronéphrose par coudure de l'uretère ou de calculs.

L'existence bien nette de coliques néphrétiques lui fit penser à une anurie calculeuse.

Lequel des deux reins fallait-il attaquer? Il ne pouvait y avoir aucun doute, malgré l'existence de coliques gauches. C'était le droit, augmenté de volume.

L'opération est faite le 12 février.

Le rein fut dénudé, le pédicule comprimé par un aide et le rein incisé sur son bord convexe « dans toute sa longueur, de façon à pouvoir examiner à l'aise les calices et le bassinet qui étaient normaux et nullement distendus.

« Je trouvai, continue notre confrère, enclavé dans la partie supérieure de l'uretère, un calcul de 23 millimètres de longueur presque aussi gros que la dernière phalange du petit doigt. Je le fis remonter facilement et le saisis au moyen d'une pince.

« Le calice inférieur contenait deux autres calculs de 14 et 11 millimètres de longueur respectivement et de la grosseur d'un noyau d'olive.

« Après avoir fait le cathétérisme rétrograde de l'uretère pour m'assurer de sa complète perméabilité, je suturai le rein au moyen de quatre points profonds faits au catgut n° 3 et cinq ou six points superficiels au catgut fin pour bien affronter les bords de la plaie rénale.

« Ceci fait, je traversai le rein avec deux doubles fils de gros catgut, un placé à la partie moyenne et l'autre un peu au-dessous, les arrêtant par des gros nœuds contre la capsule propre de chaque côté de l'organe. Le catgut supérieur fut attaché à la 12e côte, l'autre aux muscles et aponévrose d'alentour. »

Les suites n'offrent rien de particulier. La malade rend, le premier jour, 2.400 grammes d'urine sanguinolente; les jours suivants, à peu près autant.

Plusieurs points sont intéressants dans l'observation envoyée par M. Suarez de Mendoza.

Tout d'abord, la marche de cette anurie qui s'est comportée, non comme une anurie calculeuse, qui, d'habitude, s'installe brusquement ou presque brusquement, tandis que celle-ci n'a été précédée d'une période d'oligurie qui a duré un mois et qui, d'abord peu marquée, a été s'accentuant tous les jours davantage.

Un autre point à considérer, c'est le volume de ce rein dont le bassinet ni les calices n'étaient pas dilatés, et qui, néanmoins, était volumineux, quoique, dit l'observation, le rein du côté opposé fût de volume normal. Il est vrai qu'à la fin de l'observation, notre confrère se demande quel est l'état de ce rein, s'il est lithiasique ou perdu pour la fonction. En effet, on peut se demander, et c'est une autre question à se poser : le rein opéré était-il seul à pouvoir sécréter, et, dès lors, l'anurie était-elle réellement due à l'impossibilité, pour l'urine, d'arriver dans l'uretère et la vessie, ou bien y avait-il, indépendamment de l'anurie mécanique à droite, une anurie réflexe de l'autre côté?

Il semble bien que l'anurie fût bien réflexe des deux côtés, ou, si je puis m'exprimer ainsi, due à un acte inhibitoire de la sécrétion rénale des deux côtés. En effet, quoique le rein fût augmenté de volume, il n'y avait pas d'urine accumulée dans le bassinet ; il n'y en avait même pas du tout, et l'anurie, quoique d'apparence calculeuse, ne l'était pas, et semblait être analogue à l'anurie qu'on observe dans les néphrites chroniques et qui sont justiciables de la néphrotomie, telle qu'elle a été conseillée par Harrisson, Israël, Pousson et Mongour, ou de la capsulectomie préconisée par Edebohls.

Les bienfaits de l'opération, dans cette hypothèse, seraient dus non pas tant à l'ablation des calculs qu'à l'incision du rein ; ce qui

semblerait l'indiquer, c'est que cette anurie aurait été progressive.

C'est, du reste, ainsi qu'on peut expliquer l'action utile de certaines interventions dans les cas d'anurie où on n'a pas trouvé de calculs. Dans le cas de M. Suarez, on peut admettre que les deux causes, mécanique et réflexe, se sont superposées.

Un dernier point, c'est celui de la suture du rein après l'ablation des calculs.

L'opération de M. Suarez de Mendoza semble démontrer que cette suture peut être tentée avec succès, à la condition qu'on s'assure, au préalable, par un cathétérisme rétrograde de l'uretère, que celui-ci est perméable et que rien ne s'oppose au passage de l'urine dans la vessie.

Cette question de suture du rein après l'ablation du calcul dans les cas d'anurie a été controversée. Quand l'anurie est bien due à l'oblitération de l'uretère par un calcul, que l'urine est accumulée dans le bassinet derrière le calcul, quand on s'est, au préalable, assuré par un cathétérisme rétrograde que l'uretère n'en contient pas d'autre, on peut faire la suture du rein.

Dans le cas contraire, il est absolument indiqué de laisser une soupape de sûreté ouverte. Quand on a drainé le rein, l'ennui de voir le malade souillé par l'urine et la crainte de voir ainsi le rein s'infecter ne doit pas nous arrêter, parce que nous possédons un moyen d'éviter cet ennui, et je le recommande à votre attention : il y a longtemps que je m'en sers et il m'a toujours donné de bons résultats.

Il consiste, après avoir ouvert le rein, à mettre dans son intérieur un tube plus ou moins gros suivant les circonstances, n'ayant qu'un ou deux orifices latéraux au voisinage de son extrémité, avec un orifice terminal en V.

Ce tube est fermé dans tout le reste de son étendue et est assez long pour plonger dans un vase placé au dessous du lit du malade. On le met dans le bassinet, on le fixe à la peau par un crin et on fait un pansement serré tout autour. J'ai actuellement, dans mon service, un homme que j'ai néphrotomisé pour une hydronéphrose infectée et qui n'a, grâce à ce moyen, jamais eu son pansement souillé.

La seule précaution à prendre est de faire une suture partielle du rein et de serrer la plaie rénale contre le tube, pour éviter que l'urine ne puisse filtrer entre cette plaie et ce tube.

Ce procédé convient aussi aux cholécystostomies, dans lesquelles je l'ai employé avec succès.

Quand, après avoir ainsi drainé le rein, on a pu s'assurer que la perméabilité rénale et aussi urétérale est rétablie, et qu'on n'a

plus à craindre le retour de l'anurie, on peut enlever le tube et laisser fermer la plaie rénale. Il est rare, si l'uretère fonctionne bien, que cette fermeture ne se fasse pas rapidement.

Après quarante-huit heures ou trois jours, on peut faire ainsi l'ablation du tube.

J'insisterai, en terminant, sur la polyurie qui suit ces crises d'anurie.

J'ai pu, dans un cas d'anurie avec désobstruction spontanée, observé il y a une douzaine d'années, voir un malade uriner 7 litres dans l'espace de vingt-quatre heures.

Dans un cas d'anurie avec rein unique traitée par la néphrotomie, j'ai pu recueillir 4 litres dans les premières vingt-quatre heures par le procédé que je viens d'indiquer.

Le polyurie ne persiste guère dans ce cas au delà de deux à trois jours, et le taux de l'urine revient rapidement à la normale.

J'attirerai, en outre, l'attention sur un point : c'est la guérison obtenue malgré le retard, non imputable au Dr Suarez, apporté à l'opération : il y avait, en effet, six jours que la période d'intolérance était établie quand l'opération a eu lieu, et le cas paraissait d'autant plus grave qu'il y avait du purpura et de la fièvre.

Ce fait prouve que, dans des cas même très sérieux, la guérison peut survenir.

Telles sont les considérations que j'ai cru devoir vous soumettre à propos de l'observation du Dr Suarez de Mendoza.

Je vous prie de lui adresser des remerciements pour cette communication et de déposer son mémoire dans nos archives.

Communications.

Sur un cas de retournement complet de la vessie, (*Exstrophie acquise de la vessie par les voies naturelles.*)

par M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, je me propose, dans cette communication, de vous entretenir d'une affection tout à fait exceptionnelle, et que, pour ma part, je n'avais jamais eu l'occasion, jusqu'ici, de rencontrer dans ma pratique. Il s'agit d'un retournement complet de la vessie par les voies naturelles que j'ai eu récemment l'occasion d'observer chez une femme âgée.

Voici d'abord l'observation de ma malade :

Mme X..., soixante-quatre ans, m'est adressée à l'hôpital Bichat par mon excellent ami le Dr Roblot. Cette dame *n'a jamais eu de grossesse antérieure.* En novembre 1901, elle entra une première fois dans le service de mon collègue Guinard, à l'hôpital Dubois, où elle fut opérée d'un épithélioma du méat urinaire ayant intéressé le canal de l'urètre (1).

L'opération consista dans la résection de la totalité du canal. Notre collègue pense avoir intéressé également le col de la vessie; une circonstance que nous avons relevée au cours de notre opération nous permet de croire, cependant, que le col a été respecté, au moins en partie, au cours de l'intervention de notre collègue.

Quinze jours environ après son départ de l'hôpital, la malade a remarqué l'existence d'une petite tumeur faisant saillie au niveau du vestibule; cette tumeur a augmenté progressivement de volume. Elle rentrait spontanément et facilement dans le décubitus horizontal.

La malade nous déclare qu'un mois après l'opération, elle avait acquis le volume que nous constatons aujourd'hui. Depuis cette époque, elle resta stationnaire, et, de plus, irréductible dans le décubitus.

Au point de vue fonctionnel, l'incontinence d'urine a été absolue depuis l'opération.

Parfois, la malade éprouve des crises douloureuses qu'elle compare à une colique, laquelle est facilement calmée, d'ailleurs, par des compresses de chloral.

A l'examen, on est frappé du volume et de l'aspect extérieur de la tumeur.

Elle a presque le volume du poing. Les grandes lèvres sont fortement rejetées en dehors. La muqueuse qui la recouvre a un aspect spécial : elle est rouge, jaunâtre par place, épaisse, tomenteuse, sillonnée de plis transversaux.

Si l'on vient à examiner les rapports qu'elle présente avec le

(1) La note suivante m'a été remise par mon collègue et ami Guinard : Femme sourde qu'il est imposible d'interroger. Elle a depuis plusieurs années, au niveau du méat, un bourgeon avec incontinence d'urine.

Actuellement, énorme masse remplissant la vulve, faisant penser, tout d'abord, à un utérus prolabé avec épithélioma du col. Par le toucher, on arrive sur un col normal avec vagin normal, mais on sent que la paroi antérieure est doublée par une énorme masse qui est l'urètre dégénéré. Opérée le 9 novembre 1901. Rachicocaïnisation. Épithélioma de l'urètre. Section au thermo-cautère; pour arriver en arrière et au delà du mal, on est obligé de réséquer *tout l'urètre, le col de la vessie qu'on distingue très bien et plusieurs centimètres de vessie.* On n'ouvre pas le péritoine. Gros tube intra-vésical avec suture en bourse de la vessie autour de ce tube.

vestibule, on constate que le méat n'existe pas. Le bord supérieur de la tumeur semble directement inséré sur le bord libre du vestibule à ce niveau. La coloration spéciale de la tumeur contraste avec l'aspect lavé de la muqueuse vulvaire.

Si l'on vient à relever la tumeur, comme dans notre deuxième aquarelle, on constate qu'elle se continue en arrière avec la muqueuse vaginale par une ligne transversale étendue à toute la surface correspondante de la tumeur. Là encore, la différence de coloration des muqueuses est très tranchée.

Quand on vient à examiner de près la tumeur, on constate que l'urine inonde son segment inféro-postérieur, et l'on ne tarde pas à s'apercevoir qu'elle sort goutte à goutte de deux orifices qui ne sont autres que les uretères. Notre collègue et ami Chevalier, qui a bien voulu examiner cette malade sur ma demande, a pu pratiquer facilement le cathétérisme des deux uretères.

Un dernier caractère intéressant doit être noté : la consistance de la tumeur est molle, mais, quand on vient à presser avec la main sa surface, elle change rapidement; sa consistance devient beaucoup plus dure, et la malade ressent une douleur semblable à celle qui se produit dans ses crises douloureuses. La réduction, d'ailleurs, est impossible.

Tous les caractères que nous venons d'indiquer suffisent pour affirmer qu'il s'agit, chez cette malade, d'un retournement total de la vessie. Ils sont, en résumé, au nombre de quatre : absence du méat et présence des uretères, coloration et aspect de la muqueuse, contraction du muscle vésical à la pression. La malade demandant avec insistance une opération, j'intervins de la façon suivante, avec l'aimable assistance de mes collègues Chevalier et Mauclaire et de mes internes Menet et Lafoy :

La malade est anesthésiée et placée sur la table à inclinaison. Une longue incision sus-pubienne met à découvert l'utérus et le cul-de-sac antérieur.

Les anses intestinales sont ramenées en haut à l'aide d'une large compresse, et les deux lèvres de l'incision sont largement écartées à l'aide d'une valve spéciale.

Je tiens à noter ici les constatations suivantes intéressantes au point de vue anatomo-pathologique et pathogénique. Le cul-de-sac antérieur est très élargi. Le fond de l'utérus est fortement renversé en arrière et maintenu dans le cul-de-sac de Douglas par des adhérences assez lâches. Il existe sur sa face postérieure quelques corps fibreux petits et facilement énucléables. Les annexes sont saines. Aucune anse intestinale n'affecte de rapport avec le cul-de-sac antérieur. Le cæcum est à sa place.

En se portant en avant vers la symphyse, on constate une

dépression marquée au niveau du fond de la vessie. Cette dépression permet d'affirmer que le feuillet péritonéal a suivi la paroi vésicale dans son inversion. M. Lafoy, interne chargé de la réduction, exerce une pression sur la tumeur vulvaire.

Bientôt le dôme vésical vient faire saillie dans le cul-de-sac. L'utérus est d'autre part mobilisé par la rupture des adhérences qui le fixent dans sa position : il est porté en haut et en avant à l'aide d'une pince.

Le contour supérieur de la vessie est fixé par six points de suture sur la face antérieure de l'utérus, puis l'utérus est fixé lui-même à la paroi par trois points de suture: un point supplémentaire fixe le sommet de la vessie à la paroi abdominale. Drainage de Mickulicz en arrière de l'utérus.

La malade est alors mise dans la position dorso-sacrée, les jambes fortement relevées; on constate que l'orifice inférieur de la vessie est revenu en partie sur lui-même, ce qui démontre que le col n'a été que partiellement réséqué; cet orifice est peu étendu et laisse à peine passer deux doigts.

Réfection du canal. — Dans un premier temps, je libérai la muqueuse vésicale par débridement et décollement circonférentiel. De la sorte, j'obtins deux cylindres ou plutôt deux anneaux concentriques, l'un formé de la muqueuse vésicale, l'autre constitué par la muqueuse vaginale. Je procédai alors de la façon suivante sur l'anneau externe.

J'avivai la moitié inférieure de sa circonférence, puis je réunis sur la ligne médiane les deux extrémités du diamètre transversal. Trois autres points de suture furent placés en dessous de façon à ce que ma ligne de suture corresponde à la moitié inférieure du diamètre vertical.

Je ne touchai pas à la muqueuse vésicale, et plaçai une sonde à demeure.

Messieurs, voilà un cas bien net de retournement complet de la vessie. Ce terme suffit à faire comprendre en quoi consiste cette curieuse lésion, mais il serait peut-être plus conforme à la terminologie habituelle de lui consacrer le nom d'inversion totale de la vessie, ou peut-être mieux celui d'exstrophie acquise de la vessie par les voies naturelles, qui aurait l'avantage, à mon sens, de mieux rappeler ses analogies physiques avec l'exstrophie suspubienne congénitale. A part le siège, en effet, ce sont les mêmes caractères physiques que l'on retrouve dans les deux cas.

Quoi qu'il en soit, cette affection est fort rare, et les auteurs classiques la passent sous silence; seul M. Pousson, dans son traité élémentaire de la collection Testut, consacre un chapitre à une lésion qu'il désigne sous le nom de « Inversion de la vessie,

et de la hernie de ses parois à travers l'urètre », et qui n'est que le résumé d'un très intéressant mémoire publié par lui en 1894 dans les *Annales des maladies génito-urinaires.* Or, je tiens à faire remarquer dès le début de cet exposé que ce travail de notre distingué collègue de Bordeaux et les faits qu'il a colligés ne portent que sur des cas très éloignés de celui que je vous présente aujourd'hui.

L'observation qui en a été le point de départ a trait à un prolapsus de la muqueuse formant une tumeur pédiculée saillant entre les lèvres du méat et que l'auteur avait pris tout d'abord pour une inversion partielle de la vessie.

Pour lui, d'ailleurs, ce prolapsus déjà décrit en France par Patron (*Arch. gén.*, 1857), et Malherbe (*Ann. génito-urin.*, 1884), serait dû à la distension, par l'urine, des glandules situées dans la partie du trigone qui avoisine le col de la vessie, glandules décrites d'abord par Hermann et Tourneux, puis récemment par notre collègue Albarran.

Ces glandules distendues forment ainsi un diverticule de la vessie qui, en se portant du côté de l'urètre, vient faire saillie au niveau du méat.

Quoi qu'il en soit, M. Pousson range à côté de ce prolapsus et dans une même description les inversions partielles de la vessie qu'il définit de la façon suivante dès le début de son mémoire : Renversement de cet organe sur lui-même et issue *d'une partie de ses trois tuniques* constitutives ou de l'une d'entre elles à travers l'urètre.

Au cours de son exposé, le chirurgien de Bordeaux signale bien quelques cas d'inversion totale mais ces faits ne sont cités que pour mémoire, et l'on n'en retrouve aucune trace dans son chapitre des symptômes où il n'a en vue que les signes de l'inversion partielle, telle qu'il l'a définie au début.

Si j'ai tenu à insister sur ce point de l'historique, c'est pour bien vous montrer qu'il s'agit dans mon cas, sinon d'une lésion non décrite, du moins d'un degré de cette lésion qui n'a encore été l'objet jusqu'ici d'aucune description complète au moins dans nos auteurs français.

Citons toutefois le travail de Streubel inspiré par Patron et publié en 1858 dans *Schmits Jahrbucher der in med. Ausland gesam Medic.*, et celui de Winckel, *Deutsch. Chir.*, 1885.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de la lésion est tout entière dans l'observation de ma malade, et je n'ai rien à ajouter aux détails qui y sont contenus : élargissement du cul-de-sac antérieur, dépression sous-pubienne, saillie de la vessie au dehors par retournement total, présence des uretères à sa surface.

Dans les rares cas publiés, les caractères sont les mêmes, sauf l'absence de l'urètre, due, chez ma malade, à une opération antérieure.

Dans une observation de Meckel, rapportée dans le *Traité d'Anatomie pathologique* de Lobstein et citée par Pousson, la vessie sortait en entier par le canal de l'urètre.

Dans celle de Green Crosse (*Transact. of the prov. med. and surg. Associat.*, 14 nov., II, 1846), également rapportée par Pousson, les détails sont plus précis. Il y est nettement dit que sur le côté postérieur de la tumeur, existaient comme dans notre cas deux orifices dans lesquels on pouvait introduire une sonde et desquels sortait goutte à goutte l'urine.

Dans certaines observations rapportées dans le même mémoire, la hernie complète de la vessie coexistait avec des lésions complexes des organes du petit bassin. Tels sont les cas de Haen rapporté par Hoin (*Essai sur les hernies*, 1768), et de Malagodi (*Raccoglitore medico di Fano*, 1855). Dans le premier il existait une entérocèle vaginale, et pour le deuxième, un prolapsus rectal de l'utérus.

Dans notre cas, il n'existait rien de semblable, l'utérus était en place, et tout se bornait au déplacement de la vessie.

Nous avons dit que chez notre malade, l'utérus était en rétroversion et le cul-de-sac libre de toute adhérence intestinale. Dans quelques observations, M. Pousson a put relever certains faits qui ont été invoqués dans la pathogénie de l'inversion partielle.

Dans un cas de Levret, l'utérus était en antéversion, et le fond de l'organe pressait sur le bas-fond vésical.

Chez un malade de Ruthy, le cæcum était dans le cul-de-sac et distendu par des matières.

Enfin, dans un cas de Foubert, c'est l'iléon qui se trouve distendu et qui presse sur la vessie.

Pathogénie. — La pathogénie de cette affection est tout entière à faire, et les renseignements fournis par les auteurs sont notoirement insuffisants.

Ce qui semble certain, c'est que l'inversion totale, dans un certain nombre de cas, ne se produit pas d'emblée; elle est en général précédée comme dans le nôtre, d'une période d'inversion partielle qui en constitue comme une étape intermédiaire.

Le fond de la vessie, d'abord invaginée dans la cavité vésicale qu'il occupe tout entière, y reste un temps plus ou moins long, puis s'engage en partie à travers le canal de l'urètre et l'on peut supposer que dans un dernier temps, et grâce à des conditions encore inconnues, la vessie pourra se retourner complètement sur elle-même. Mais en est-il de même dans tous les cas, et, à côté

de ces hernies qui pourraient être appelées lentes, existe-il des hernies brusques se produisant d'emblée?

Quoi qu'il en soit, quelles sont les conditions de cette évolution? Pousson en étudiant le mécanisme de l'inversion partielle, insiste sur le peu de soutien naturel de la vessie chez la femme et invoque la brièveté du périnée et l'existence du vagin.

Or, on ne peut réellement invoquer des causes prédisposantes anatomiques quand on songe à l'extraordinaire rareté de la lésion.

Les causes anatomo-pathologiques ont-elles plus de valeur. La distension de l'ouraque pourrait peut-être avoir une influence. Chez notre malade, il n'y avait pas eu de grossesse, et l'état de l'ouraque ne nous a rien présenté d'anormal. Le prolapsus utérin qui coexistait dans quelques cas, s'accompagne surtout de cystocèle vaginale. Dans 3 observations, on a signalé la pression du cæcum distendu par des matières, celle de l'iléon, de l'utérus antéfléchi. Aucune de ces dispositions n'existait chez notre malade. M. Pousson admet l'influence de la cystite qui par des contractions amènerait la sortie de la vessie, ce qui paraît bien improbable.

Dans notre cas, la perte de substance produite dans la première opération a dû certainement constituer une cause prédisposante réelle.

Mais comment expliquer le mécanisme même de l'invagination en dehors des causes précédemment indiquées.

Les chutes et les efforts, parfois signalés, ne peuvent tenir lieu d'explication.

M. Pousson admet que la vessie ne peut s'invaginer que lorsqu'elle est pleine et qu'il est nécessaire, pour que le cône d'invagination se produise, que ses parois soient flasques et sa cavité spacieuse.

Or, il est à remarquer que, chez ma malade, la vessie, incontinente depuis l'opération, était par cela même constamment vide, et que c'est dans cet état de vacuité qu'elle s'est invaginée.

Je crois en résumé qu'actuellement il n'est pas possible de proposer aucune théorie, mais j'ai donné à mon interne Menet le conseil d'étudier cette question si intéressante de la pathogénie de l'inversion vésicale.

Symptômes. — Les symptômes physiques sont naturellement en rapport avec le degré de l'inversion. Pousson, n'ayant en vue dans son mémoire qne l'inversion partielle, nous dit que rarement la tumeur dépasse le volume d'une noix.

Dans l'inversion totale, elle atteint le volume qu'elle présentait chez notre malade, et il doit en être de même dans tous les cas analogues.

Seuls les symptômes fonctionnels doivent attirer notre attention.

Nous avons dit que dans notre cas, l'inversion totale ne s'était pas produite d'un coup, et qu'elle avait passé par une phase d'inversion partielle que notre malade évalue à environ un mois.

Or, il est un fait important à noter, qui domine toute la symptomatologie, c'est qu'alors que dans l'inversion totale toute la paroi vésicale est au dehors et que toute fonction de réservoir lui est enlevée, dans l'inversion partielle une partie de cette paroi reste en place et continue à exercer ses fonctions spéciales.

Il en résulte que dans le renversement total, les symptômes fonctionnels manquent totalement. L'urine coule goutte à goutte à la surface de la tumeur, comme dans l'exstrophie congénitale, et nous n'avons aucun des symptômes bruyants que l'on observe dans l'inversion partielle et qui tiennent à la gêne plus ou moins grande dans l'émission de l'urine.

Dans les cas de retournement total, on ne constate que des douleurs qui peuvent être la conséquence de l'excoriation par places d'une muqueuse exposée aux frottements et aux souillures de toute espèce. Parfois la contraction provoquée ou spontanée de la paroi musculaire peut donner lieu à des crises douloureuses bien constatées par notre malade. Mais là se bornent les symptômes de l'inversion totale. Quant aux symptômes de l'inversion partielle ils sont bien différents et ont été remarquablement décrits par Percy dans l'observation rapportée par Pousson.

Ces symptômes sont subordonnés d'une part au maintien en place d'une partie de la vessie, de l'autre à l'issue à travers l'urètre d'une partie de cette vessie qui joue dans le canal le rôle d'un bouchon obturateur. Ce sont alors des mictions fréquentes, de la dysurie avec douleurs expulsives et symptômes de pesanteur, un arrêt brusque du jet d'urine, lorsque cette dernière ne peut filtrer entre le pédicule de la tumeur et la paroi du canal, parfois une rétention d'urine plus ou moins durable qui ne cesse que lorsque l'on vient à réduire la tumeur.

Dans le cas célèbre de l'abbesse de Percy, au bout de vingt-quatre heures cette rétention cessait tout d'un coup, probablement parce que la réduction spontanée de la hernie se faisait sous l'influence de la distension croissante de la portion inférieure de la vessie.

Je ne veux pas davantage insister sur cette symptomatologie de l'inversion partielle fort bien décrite par Pousson, au mémoire duquel je vous renvoie. Je tiens à faire remarquer que parfois elle manque complètement.

Pendant la durée d'un mois qui s'est écoulé jusqu'au renversement total de la vessie, c'est-à-dire pendant la phase d'inversion partielle, ma malade n'a présenté aucun symptôme appréciable.

Elle avoue elle-même que la petite tumeur dont elle avait remarqué l'apparition disparaissait spontanément dans le décubitus horizontal. Il est certain que chez elle cette absence d'accidents était facile à expliquer, puisque l'urètre n'existait plus et que la tumeur, en conséquence, ne pouvait jouer le rôle d'un bouchon et s'opposer à l'issue des urines.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'affection ne nous arrêtera guère : dans l'inversion partielle, surtout lorsque le fond de la vessie n'a pas fait saillie à l'entrée du canal, ce diagnostic peut donner lieu a de réelles difficultés sur lesquelles Pousson à insisté suffisamment.

Dans l'inversion totale, les signes que nous avons précédemment relevés chez notre malade sont suffisamment caractéristiques pour éviter toute erreur.

Cependant, dans les cas où l'urètre est conservé, il peut être possible à première vue d'hésiter entre l'inversion totale et un degré avancé d'inversion partielle, car, dans les deux cas, il sera possible d'insinuer un stylet dans le méat entre la tumeur et la paroi du canal, particularité qui n'existait pas dans notre cas.

Or, si la nature de la profondeur à laquelle s'engage le stylet peut fournir une indication utile il n'en est pas moins vrai que la présence, en dehors de l'orifice, de l'uretère suffira à lever tous les doutes.

Au point de vue du *pronostic* les auteurs insistent sur le danger de la gangrène de la paroi vésicale et de la pyonéphrite ascendante. Je n'ai heureusement pas d'expérience à cet égard, mais la possibilité de semblables accidents doit entrer sérieusement en ligne de compte pour les indications opératoires.

Traitement. — Dans les cas récents et lorsque l'appareil urinaire se trouve dans un état d'intégrité absolue, on peut se contenter peut-être de la simple réduction exécutée d'ailleurs avec succès dans les cas de Thompson et de Crosse.

Lorsqu'au contraire, le canal de l'urètre est fortement dilaté, ou comme dans notre cas, il n'existe plus, la réduction pure et simple n'est plus suffisante et il convient de recourir à une intervention sanglante.

Le procédé qui s'impose consiste alors à maintenir la vessie réduite en la fixant à la paroi abdominale et à pratiquer la restauration du canal de l'urètre.

Cette restauration n'est pas toujours facile, surtout dans notre cas ou l'urètre n'existait plus; aussi, craignant de ne pouvoir remédier à l'incontinence d'urine, avais-je pensé à pratiquer chez cette malade une cystectomie totale avec abouchement des uretères dans le rectum, procédant selon la technique de Maydl exé-

cutée par Estor dans un cas d'exstrophie congénitale dont j'ai rapporté récemment l'observation à la Société de chirurgie.

Cette opération avait d'ailleurs été admise par Pousson dans son mémoire dans les cas d'inversion de la vessie.

Je reculai, je dois l'avouer, devant une opération un peu longue chez une femme âgée, et pensant d'ailleurs qu'il serait toujours possible d'obvier à cette infirmité par l'usage d'un appareil spécial; je n'ai pas d'ailleurs à le regretter.

Au point de vue de la technique de la cystopexie je n'utilisai pas le procédé proposé par Tuffier dans le cas de cystocèle vaginale, et exécuté depuis par plusieurs chirurgiens.

Je ne sais si le procédé que j'ai suivi est supérieur au sien : en tout cas j'ai pensé obtenir une fixation plus efficace en me servant de la paroi utérine, et, au lieu de fixer la vessie sur la paroi abdominale suivant une ligne verticale, j'ai préféré la fixer à la paroi utérine selon une ligne transversale ou plus exactement curviligne et pratiquer ensuite l'hystéropexie.

J'ai déjà dit que la restauration de l'uretère constituait un temps indispensable.

Dans les cas ordinaires, où le canal n'a été que distendu par le globe vésical, peut-être peut-on se contenter d'une torsion selon le procédé de Gersuny ou d'une incurvation du canal sur son axe, selon le procédé de Duret.

Ici les conditions se trouvaient un peu différentes. L'urètre n'existait plus, et la crainte de trouver après la réduction un large hiatus, impossible à combler m'avaient fait comme je l'ai dit plus haut, songer à la cystectomie.

Or, lorsque la réduction fut faite, et probablement parce que, contrairement à ce qu'avait pensé mon excellent collègue Guinard, le col vésical n'avait pas été complètement intéressé, je trouvai un orifice relativement petit et qui n'admettait que deux doigts.

Je procédai dès lors comme je l'ai dit dans mon observation. J'eus peut-être le tort de ne m'occuper que de l'anneau externe vaginal. Il est possible que la torsion à la Gersuny de l'anneau muqueux vésical eût amené un meilleur résultat définitif.

Quoi qu'il en soit, la malade ne présente que très peu d'incontinence.

M. DÉVÉ lit un travail avec présentation d'une pièce expérimentale de greffe hydatique obtenue par l'inoculation de scolex.

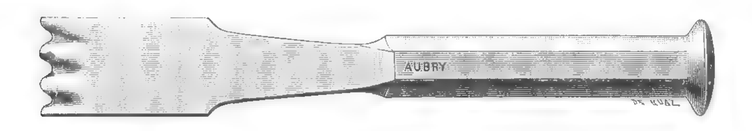
— Le travail de M. Dévé est renvoyé à une commission composée de MM. PICQUÉ, HARTMANN, et WALTHER, rapporteur.

Présentation de malades.

Ostéotomie trochantérienne oblique pour une ankylose vicieuse de la hanche consécutive à une coxalgie. Présentation de nouveaux ostéotomes et ayant servi à cette opération.

M. Berger. — Je vous présente un jeune homme de dix-huit ans sur lequel j'ai pratiqué l'ostéotomie, le 30 novembre dernier, pour une ankylose vicieuse de la hanche.

Les détails de cette observation seront publiés ultérieurement dans la *Revue d'orthopédie*; je me borne à vous dire qu'avant



l'opération il y avait, dans la station, 13 centimètres de différence de niveau entre les surfaces plantaires des deux pieds, que l'adduction était telle que le membre gauche, ankylosé, croisait le membre droit à l'union du quart inférieur et des trois quarts supérieurs du fémur. La marche s'effectuait péniblement avec des béquilles. Actuellement, la marche se fait aisément sans canne, sans même que le sujet porte une semelle surélevée, et presque sans claudication. Le fémur gauche, qui présentait 4 centimètres de raccourcissement réel mesuré du sommet du trochanter au condyle externe du fémur, a actuellement la même longueur que le fémur droit. Indépendamment de la correction de l'attitude vicieuse, le glissement des deux surfaces de section de la masse trochantérienne m'a donc permis d'obtenir un allongement réel d'au moins 4 centimètres, grâce à l'emploi de l'extension continue par l'appareil Hennequin.

Ce fait me semble donc prouver, une fois de plus, la supériorité de l'ostéotomie trochantérienne oblique sur l'ostéotomie sous-trochantérienne dans le traitement des ankyloses de la hanche avec raccourcissemeut considérable du membre.

Je vous présente aujourd'hui les ciseaux (ostéotomes) qui m'ont servi pour cette opération et aussi dans plusieurs autres ostéotomies. Ces ostéotomies d'un modèle nouveau, imaginées par M. Hennequin, ont été fabriquées par M. Aubry. Leur tranchant a la forme d'une ligne ondulée, ce qui leur permet de mordre fortement l'os en y enfonçant les dents dont le tranchant est pourvu : le ciseau n'a donc pas de tendance à déraper, à glisser, à faire

des échappades, à changer de direction, ce qui est un avantage réel dans les ostéotomies portant sur des os profondément situés.

M. Aubry a fabriqué tout un jeu de ciseaux de cette espèce formant une série graduée. On sait que dans les ostéotomies obliques où le plan de section de l'os doit avoir une certaine longueur, j'enfonce parallèlement un certain nombre de ciseaux, disposés bord à bord, sur la ligne suivant laquelle je veux attaquer la surface osseuse.

Cette manière de procéder simultanément à la section de l'os sur toute la longueur que l'on veut donner à celle-ci permet d'éviter les fissurations longitudinales et les éclatements de l'os. Les ciseaux que je présente se prêtent très bien à cette manœuvre opératoire, mais il faut se garder, en s'en servant, d'exercer des pesées sur le manche de l'instrument et de s'en servir comme d'un levier pour achever par rupture ce que l'on a commencé par section. On risquerait de casser les dentelures dont est pourvu le tranchant de ces ciseaux.

M. Bazy. — Je me permets d'appeler, après M. Berger, l'attention de la Société de chirurgie sur l'excellence des ciseaux de M. Aubry; je m'en suis servi ce matin et j'ai pu me rendre compte de la rapidité et de la sécurité qu'ils nous permettent d'obtenir dans les opérations.

Opération d'un empyème par incision verticale postérieure.

M. Moty. — J'ai l'honneur de présenter un malade opéré d'empyème par incision verticale postérieure. Cette incision a pour principaux avantages de ménager presque complètement les muscles de l'épaule, d'intéresser peu de vaisseaux importants et de donner accès sur la partie la plus large des espaces interosseux. Je la place, comme M. Walther, à quatre doigts de la ligne épineuse et un peu au-dessous de l'angle de l'omoplate, et j'ouvre le 8e ou le 9e espace. Il est très facile à ce niveau d'engager l'index dans l'espace incisé, et la résection d'une côte est inutile. L'incision verticale permet, en outre, de choisir celui des deux espaces qui a le plus de largeur; elle permet l'introduction facile d'un gros drain; elle est parfaitement déclive dans le sens vertical et dans le sens horizontal et s'infecte moins que l'incision habituelle, grâce à l'absence de stagnation du pus dans la plaie. Enfin, l'artère cachée dans la gouttière costale court, en réalité, moins de risques d'être lésée que dans les incisions latérales. Il va sans

dire que la plèvre est incisée horizontalement au ras du bord supérieur de la côte sous-jacente, comme dans le procédé courant. J'emploie ce procédé depuis un an, après avoir pratiqué depuis huit ans l'incision postérieure horizontale qui intéresse trop de fibres musculaires et trop de vaisseaux.

M. Kirmisson. — Le procédé de M. Moty est très bon, mais il faut se méfier de la grande obliquité des dernières côtes qui peut tromper sur la nature des organes situés derrière elles. Dans un cas de pleurésie purulente, j'ai vu M. Moutard-Martin, qui était très compétent, comme on sait, sur la question, intervenir dans une région analogue, et obligé de se retirer sans avoir donné issue au pus. Or, à l'autopsie, nous avons vu que l'incision avait ouvert le péritoine et que la plèvre n'avait pas été incisée.

M. Moty. — L'observation de M. Kirmisson est juste. Il ne faut pas descendre au-dessous de un ou deux doigts au plus au-dessous de l'angle de l'omoplate.

M. Paul Delbet présente un enfant opéré de *spina-bifida*. Renvoyé à une commission : MM. Delbet, Michaux et Picqué, rapporteur.

Kyste hydatique du foie opéré par la méthode de Delbet. Accidents d'intoxication hydatique.

M. Lejars. — Si j'ai tenu à vous présenter cet opéré, c'est moins pour inscrire un fait nouveau à l'actif de l'excellente méthode de mon ami Pierre Delbet, que pour vous signaler certains accidents, d'apparence fort inquiétante et de terminaison bénigne, accidents passagers, du reste, qui sont apparus deux jours après l'intervention, et qui semblent se rapporter à l'intoxication hydatique.

Ce malade m'avait été envoyé dans les premiers jours de mai dernier, par mon collègue, M. Ménétrier, pour être opéré d'un kyste hydatique du foie. Il s'agissait d'un kyste de la face inférieure, de volume moyen, dont le relief se prolongeait, en bas, jusqu'à deux doigts environ de la ligne ombilicale : Kyste sans complications, indolent, et ne provoquant de gêne que par son accroissement.

L'opération eut lieu le 12 mai ; je fis une incision verticale sur le bord externe du droit, et je découvris une poche kystique, d'aspect ordinaire, occupant la face inférieure du lobe droit, et

refoulant en avant la vésicule. Après avoir glissé une compresse au-dessous du kyste, je le ponctionnai, je retirai du liquide clair, mais, l'écoulement se faisant mal, après avoir complété le lit de compresses isolantes (et j'insiste sur ces détails), j'enlevai le trocart et j'incisai la poche; le liquide fut tout de suite épongé et évacué; il continuait, du reste, à être parfaitement clair et limpide. La membrane mère se détacha et fut extraite en bloc; il n'y avait pas de vésicules. Ceci fait, après avoir soigneusement asséché, sans frottement, la face interne de la cavité, je réséquai un segment de la paroi fibreuse, puis j'en réunis purement et simplement les deux lèvres, sans faire de capitonnage; pour cette réunion, je fis d'abord un surjet perforant, et, par dessus, un surjet à la Lembert. La paroi abdominale fut alors suturée, sans drain.

Tout cela s'était passé fort simplement, en vingt minutes. Aucun incident dans le courant de la journée et du lendemain. Pourtant, le soir du 13, notre interne, M. Garrigues, à sa contre-visite, remarque un peu de pâleur de la face; mais le pouls est bon, et l'opéré ne souffre pas.

Le 14, au matin, je trouve le malade très pâle, déprimé, il a eu un vomissement verdâtre dans la matinée ; température, 36°,8 ; pouls à 120, assez petit. Pas de douleur de ventre, pas de ballonnement, aucun symptôme local.

Dans la journée, surviennent deux autres vomissements de matières glaireuses, filantes, teintées en vert. Le soir, à 6 heures, le malade est plus déprimé; il ne répond pas aux questions qu'on lui pose ; son pouls est à 132, petit, difficile à compter; le facies est pâle, les yeux cernés, la langue sèche. Pas de douleur abdominale; le malade se plaint seulement d'être serré par son pansement. Température, 37°,6. On injecte sous la peau 500 grammes de sérum artificiel.

A 9 heures du soir, même état; le pouls est toujours à 132, un peu plus facile à sentir; le malade a uriné, il n'a pas vomi de nouveau.

Le pansement est levé; la plaie a un excellent aspect; on enlève un point de suture: il n'y a pas trace de suintement. La pression du ventre révèle de la sensibilité sur le point qui correspondait au kyste, c'est-à-dire au-dessous des fausses côtes droites ; le reste du ventre n'est pas douloureux, il est souple. La pression ne révèle de matité en aucun point.

On injecte dans la nuit un litre de sérum. Le lendemain matin, le malade va mieux ; il est moins déprimé, le facies est plus coloré; le pouls est à 120, plus fort. La langue est encore un peu sèche ; le malade a uriné ; il n'a pas eu de vomissements. Température, 37°,1.

Le soir, le malade va de mieux en mieux ; il cause facilement ; le pouls est encore un peu rapide, mais il est bien frappé ; la langue est humide. Le malade a uriné abondamment. Température, 37°,4.

Le 16, tout est revenu à l'état normal; le pouls est à 70, le facies excellent. La température est à 37°, et dorénavant y restera.

On enlève les fils le douzième jour : réunion complète. L'opéré quitte l'hôpital, guéri, le vingt et unième jour après son opération, et il est aujourd'hui en excellent état.

Ces accidents, d'allure effrayante, ont donc été passagers et n'ont exercé aucune influence sur la marche régulière de la guérison ; ils ne me semblent attribuables qu'à l'intoxication hydatique.

M. Quénu. — Je demande à M. Lejars pourquoi, dans son cas, il a éliminé l'hypothèse d'une hémorragie comme cause des accidents présentés par son malade.

J'ai, en effet, observé un cas d'hémorragie à la suite d'une opération pratiquée par la même méthode que celle du malade de de M. Lejars. J'avais heureusement pris la précaution, après avoir fermé le kyste, de le fixer à la paroi et de mettre un drain d'attente contre cette paroi. Or, mon malade présenta des accidents que je pus rapporter à une hémorragie parce que, grâce aux différentes précautions que j'avais prises et que je viens de signaler, du sang avait filtré au niveau de l'incision.

Je rouvris, je trouvai la poche remplie par du sang. Je fus obligé, pour arrêter l'hémorragie, de faire un tamponnement très serré, et je ne dus retirer les compresses que très tard et avec beaucoup de précaution parce que, au fur et à mesure que j'enlevais les compresses, l'hémorragie se reproduisait. Il peut se faire que, sous des influences que nous ne connaissons pas et, en particulier dans le cas où le foie est altéré, il y ait une friabilité particulière des vaisseaux et une tendance à l'hémorragie.

M. Ricard. — J'ai fait, dans trois cas, l'extirpation de kystes hydatiques du foie, sans capitonnage ni suture du kyste. Dans deux cas, le résultat a été parfait ; dans un troisième cas, j'ai eu des phénomènes bizarres rappelant ceux de la septicémie chronique (élévation de température, pâleur des téguments, troubles digestifs, etc.), sans phénomènes locaux, ni douleur ni matité pouvant faire craindre une suppuration. La malade a très bien guéri. Il y a eu là une espèce d'infection sans urticaire comme dans le cas de M. Lejars.

M. Potherat. — L'intoxication hydatique ne serait pas spéciale à l'opération de Delbet, puisque aussi bien on l'observait souvent

avec les procédés anciens, ainsi qu'en témoignent en particulier plusieurs faits de ma thèse inaugurale.

D'autre part, puisque nous sommes ici sur un terrain hypothéthique, j'accepterais plus volontiers l'hypothèse de M. Quénu que celle de mon ami Lejars relative à une intoxication hydatique. Dans tous les cas d'intoxication hydatique, j'ai observé une grande élévation de la température et l'apparition d'une urticaire secondaire. Ces deux phénomènes manquaient dans le cas que vient de nous soumettre M. Lejars, ainsi que dans le cas de M. Ricard.

Enfin, il y a encore de la voussure locale et de la matité. Ne serait-ce pas là le reliquat d'un hématome survenu au moment de l'opération?

M. Ricard. — Dans mon cas, l'hypothèse d'une hémorragie ne peut pas être défendue, puisque je n'ai pas fermé le kyste et que je n'ai pas eu les signes d'une hémorragie intra-péritonéale.

M. Kirmisson. — Je suis frappé de la voussure que présente le malade au niveau du foie, et de l'augmentation de la matité hépatique. M. Lejars ne penserait-il pas qu'il puisse y avoir d'autres kystes?

M. Lejars. — L'augmentation de volume du foie peut être attribuable à l'affection médicale pour laquelle le malade était soigné avant d'entrer dans mon service. Quant à l'hypothèse d'hémorragie, il est à mon sens impossible de s'y arrêter dans le cas présent. Nous y avons pensé, tout d'abord, naturellement, et ce n'est qu'après avoir constaté l'absence de toute matité dans la zone sous hépatique et dans les fosses iliaques que nous nous sommes abstenu de rouvrir le ventre. La brusquerie des accidents, si graves d'allure, si passagers et de terminaison bénigne en définitive, nous paraît de nature à ne laisser subsistuer que l'hypothèse d'une intoxication hydatique.

M. Quénu. — A côté de l'hémorragie, il y a une autre hypothèse. De ce que M. Lejars a vu que la paroi interne du kyste était lisse et unie, il ne s'ensuit pas qu'il ne puisse y avoir des altérations de cette paroi et en particulier des vaisseaux et des canaux biliaires contenus dans son épaisseur. J'ai pu voir ces altérations au microscope dans un cas où cette paroi était lisse et unie : je vous ai, du reste, présenté l'observation. Il s'agissait d'une malade que j'avais opérée et qui avait suppuré. Or, j'avais moi-même fait la stérilisation des instruments et objets de pansement. La suppuration était mélangée de bile et contenait du bactérium coli. Des

canaux biliaires infectés s'étaient rompus et avaient déversé leur contenu dans la cavité kystique. On pourrait donc admettre une troisième hypothèse : la rupture des canaux biliaires versant des produits septiques dans la poche kystique.

Présentation de pièces.

Volumineux fibro-adénome du sein.

M. Rochard présente une tumeur du sein qui, a surtout de l'intérêt par son poids de 1.850 grammes. Elle évolua en moins de trois ans chez une femme ayant dépassé la cinquantaine, et cette marche le fit penser à un sarcome de la mamelle.

M. Gombault a eu la bonté d'examiner la tumeur, et voici le résultat de l'examen :

La pièce n'a été examinée au microscope que sur deux points, mais elle présentait à l'œil nu un aspect tellement semblable dans toutes ses parties qu'il n'a pas paru nécessaire de multiplier les examens.

La tumeur est essentiellement constituée : 1° par une masse considérable de tissu conjonctif; 2° par des cavités tapissées d'épithélium.

1° La gangue conjonctive est formée de fibrilles et de cellules.

Les fibrilles forment exceptionnellement des faisceaux épais et denses. Exceptionnellement aussi, elles s'intriquent pour former un réseau à larges mailles. Le plus souvent, elles se réunissent en fascicules formant un feutrage assez serré.

Les cellules sont toutes des cellules à prolongements. (Il n'y a pas d'amas ou d'infiltrations de cellules rondes.) Ces cellules à prolongements sont en nombre modéré et orientées par rapport aux fibrilles.

On trouve donc quelques cloisons véritablement fibreuses, quelques îlots ayant la structure du tissu muqueux, la masse étant formée par un feutrage de fascicules entrecroisés.

Les vaisseaux sont peu nombreux, peu larges; leurs parois sont adultes.

2° Les cavités varient beaucoup comme forme et comme volume. Il en existe de petites, arrondies ou anguleuses, souvent réunies en petits groupes et rappelant les acini mammaires.

Les moyennes sont fissuraires ou étoilées, ou bien, lorsque leur cavité s'élargit, leur contour devient festonné parce qu'il est hérissé d'une série de saillies papilliformes.

Il y en a de très grandes qu'on ne constate qu'à l'œil nu. Elles sont disposées sous la forme de fentes allongées ou étoilées.

Nulle part on ne trouve de cavités méritant le nom de kyste.

La face interne de toutes ces cavités est occupée par un revêtement

continu d'épithélium cubique, généralement disposé sur une seule couche.

Le contenu des cavités est peu abondant et est formé par un détritus granuleux.

Au point de vue histologique, la tumeur rentre donc dans le type classique des tumeurs dénommées adénomes, fibromes ou fibro-adénomes du sein.

Séparation intravésicale des urines par la méthode de M. Georges Luys.

M. Potherat. — J'ai l'honneur de vous présenter des urines recueillies dans la vessie d'un malade de mon service, à l'aide du séparateur de M. Luys, et par M. Luys lui-même.

L'examen de ces urines contenues dans les trois tubes que je vous présente vous montrera que le fonctionnement de l'instrument de M. Luys a été parfait au point de vue de la séparation de l'urine des deux reins.

Il s'agissait dans le cas présent d'un jeune malade qui, consécutivement à une blennorragie et à une cystite blennorragique, a fait, par voie ascendante une pyélonéphrite suppurée du côté droit.

Les phénomènes avaient d'abord paru incertains, et le malade m'avait été adressé avec le diagnostic d'appendicite haut située. Mais l'absence de troubles intestinaux, l'intégrité absolue de la fosse iliaque droite me permirent facilement d'éliminer ce diagnostic. Par contre, l'existence d'une masse sous-hépatique remplissant la fosse lombaire, régulière, rénitente, douloureuse, s'accompagnant de sonorité en avant, conduisaient à incriminer le rein. Pendant quelque temps, il n'y eut aucun trouble urinaire, mais nous eûmes bientôt l'explication de ce fait en opposition avec les signes manifestes d'une pyélonéphrite suppurée. Le fonctionnement de l'uretère droit était certainement intercepté, car un jour donné nous eûmes une abondante évacuation d'urines puriformes coïncidant avec un affaissement de la tumeur du flanc droit. Cette évacuation d'urines purulentes se reproduisit à plusieurs reprises; chaque fois il durait 1 jour, 2 jours au plus, puis les urines devenaient absolument claires. De sorte que cliniquement nous pouvions : 1° affirmer l'existence d'une pyonéphrose du côté droit; 2° affirmer que le rein malade ne sécrétait que d'une manière intermittente, l'évacuation étant immédiatement suivie d'une complète rétention; 3° certifier que le rein gauche fonctionnait et donnait une urine claire.

C'était le cas de vérifier ces données cliniques par l'examen

direct, et d'expérimenter la méthode de séparation intravésicale des urines. Mon jeune ami M. Luys voulut bien, dans ce but, me prêter son concours. Et voici ce que nous avons obtenu. Les tubes 1, 2 que je vous présente remplis d'urine contiennent, l'un l'urine de la vessie, l'autre l'urine du rein gauche; ces deux urines sont absolument comparables, et claires. Un léger, très léger louche existe peut-être dans l'urine de la vessie. Le tube n° 3 ne contient qu'un liquide clair, c'est de l'eau boriquée. Ce tube a recueilli le liquide du côté droit; il n'est pas venu d'urine, ce qui est absolument conforme aux données cliniques; car, au moment de l'examen, notre malade, qui avait eu une forte évacuation de son rein droit l'avant-veille, était en pleine rétention depuis quelques heures. Il était encore en rétention le lendemain quand je lui ai pratiqué la néphrotomie qui a confirmé le diagnostic. La méthode de M. Luys a donc admirablement fonctionné dans notre cas; elle a affirmé et confirmé les données de la clinique, elle a donc ici pleinement répondu à ce qu'on était en droit de lui demander.

Cette méthode me paraît appelée à rendre de grands services à la clinique, et destinée à se substituer dans nombre de cas au cathétérisme des uretères. Je suis bien éloigné, et pour cause, d'épouser les reproches qu'on a faits au cathétérisme urétéral, surtout au point de vue des dangers qu'il peut présenter; mais on ne peut nier qu'il ne soit d'une pratique délicate, tant au point de vue du manuel, que de l'instrumentation. L'appareil de M. Luys est au contraire très simple; son maniement est à la portée de quiconque sait cathétériser un urètre, ce qui doit être le cas de tout praticien. Si donc il sépare réellement l'urine des deux reins, il répond à tout ce que nous avons besoin de savoir dans l'immense majorité des cas. Or, les faits s'accumulent maintenant pour démontrer que cette séparation est réellement effectuée par le séparateur de M. Luys.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 11 JUIN 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Quénu qui, retenu par une obligation urgente, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. Chauvel dépose sur le bureau, de la part de M. le Dr Dubujadoux, médecin principal de l'armée, un volumineux et intéressant travail intitulé : *Statistique opératoire de l'hôpital militaire de Blida, de janvier* 1895 *à fin juillet* 1900.

M. Terrier dépose sur le bureau un tiré à part du travail que M. M. Baudoin vient de publier dans la *Revue de chirurgie* sur : « Les monstres doubles autositaires opérés et opérables. »

M. Tuffier, de la part de M. le Dr Brunswic-Le Bihan (de Tunis), dépose sur le bureau un travail intitulé : *Calcul enkysté dans une tumeur papillomateuse du col de la vessie. Taille. Guérison.* — Le travail de M. Brunswic est renvoyé à une commission dont M. Tuffier est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur les kystes hydatiques.

M. Pierre Delbet. — Dans notre dernière séance, alors que j'avais déjà quitté notre réunion, mon ami M. Lejars a présenté un malade opéré par lui d'un kyste hydatique du foie par la réduction sans drainage, et qui a présenté après l'opération des accidents d'allure très grave, mais de conséquences très bénignes. Ces accidents, Lejars les a attribués à l'intoxication hydatique.

Des doutes ont été émis sur l'interprétation de Lejars par MM. Quénu et Potherat, plus enclins tous les deux à penser qu'il s'était fait une hémorragie.

J'ai observé, en 1898, un cas où ont éclaté, après l'opération, des accidents identiques à ceux que Lejars a observés, et qui ne peuvent être attribués qu'à l'intoxication hydatique.

Je vous demande la permission de vous rappeler ce fait, bien que je vous en aie déjà parlé en vous présentant la malade.

Il s'agissait d'un gros kyste qui, bien qu'ayant pris naissance sur la face antéro-supérieure du foie, avait un développement surtout abdominal, parce qu'il avait fait basculer l'organe.

Je traitai ce kyste, le 12 septembre 1898, par le capitonnage suivi de suture totale. L'après-midi, la malade tombe dans un état semi-comateux : stertor ; pouls faible et lent, pas d'élévation de température. Son état paraît si grave que l'interne fait chercher le chirurgien de garde. C'était mon ami Villemin. L'appareil effrayant des symptômes lui fit porter le diagnostic d'une hémorragie intra-péritonéale. Il considéra le cas comme désespéré, et, pensant que si on tentait de réouvrir l'abdomen, la malade succomberait infailliblement sur la table d'opération, il s'abstint.

Le lendemain, je trouve la malade très oppressée et dans un état de faiblesse extrême. Le pouls est misérable, mais bien plutôt ralenti qu'accéléré. J'enlève le pansement et constate qu'il n'y a aucune réaction péritonéale. Le ventre est souple et indolent sans aucune matité anormale. Dans les deux poumons, on entend des râles disséminés, et, la malade qui avait une bronchite ancienne, a expectoré quelques crachats nummulaires. La température est à 37°4.

Il n'y avait pas là de symptômes d'hémorragie interne. M'appuyant sur l'état de l'abdomen, sur le pouls plutôt ralenti qu'accéléré, sur la température qui était à peu près normale, je rejette le diagnostic d'hémorragie et pense qu'il s'agit d'accidents d'intoxication hydatique.

Le lendemain, les accidents avaient disparu.

Des accidents d'apparence aussi redoutable ne se seraient pas ainsi évanouis en trente-six heures s'ils avaient été dus à une hémorragie interne. D'ailleurs, je n'ai jamais pensé qu'ils étaient dus à une hémorragie; j'avais, je vous l'ai dit, éliminé ce diagnostic. Je l'avais éliminé parce que le capitonnage que javais pratiqué s'opposait à ce qu'une hémorragie notable pût se faire dans le kyste, et parce qu'il n'y avait pas de signe d'hémorragie intra-péritonéale; aucun ballonnement, aucune matité, aucune sensibilité. Ces phénomènes généraux n'étaient pas non plus ceux d'une hémorragie. Le pouls était plutôt ralenti qu'accéléré; c'est le contraire que l'on observe dans les hémorragies.

La température était à peu près normale. Je ne veux pas entrer dans les discussions qu'a soulevées la question de l'influence des hémorragies intra-séreuses sur la température, les uns admettent qu'elle s'élève, d'autres pensent qu'elle s'abaisse, mais personne ne soutient qu'elle reste normale.

Mon ami Potherat a déclaré que l'intoxication hydatique amène une grande élévation de température et de l'urticaire. Que ces accidents soient habituels, c'est incontestable; mais qu'ils soient constants, nul ne peut le soutenir. Nous ne connaissons guère les toxines qui se rencontrent parfois dans les kystes hydatiques. Rien ne permet d'affirmer que dans tous les kystes elles sont identiques, et, si elles sont variables, elles peuvent bien engendrer des symptômes variables aussi.

En tout cas, dans mon fait, j'ai eu la preuve qu'il ne s'agissait pas d'hémorragie, et, en l'absence d'hémorragie, je ne vois pas à quoi on pouvait attribuer ces symptômes terrifiants, si ce n'est à l'intoxication hydatique.

Cette preuve, la voici. Le 19, la malade, qui avait, je l'ai dit, une vieille bronchite, rompit dans un effort de toux la suture pariétale que j'avais faite en trois places. Par l'ouverture, je pus constater que la suture hépatique était en parfait état, que les parois du kyste étaient restées accolées, qu'il n'y avait aucune trace de sang ni de pigment hématique. Le pansement n'était d'ailleurs pas sali; il ne contenait ni pus, ni sang, ni bile.

Pour toutes ces raisons, je me crois autorisé à conclure que les accidents terrifiants qu'a présentés ma malade étaient bien dus à l'intoxication hydatique, et, comme ceux que Lejars a observés chez le sien étaient à peu près identiques, je pense qu'ils reconnaissaient la même cause.

M. Tuffier. — J'ai eu également l'occasion d'observer des accidents graves d'intoxication hydatique, en tous points sem-

blables à ceux présentés par le malade de M. Lejars, dans deux cas de kystes hydatiques du foie que j'ai opérés, l'un en 1897 à la Pitié, l'autre en 1899 à Lariboisière.

Dans le premier cas il s'agissait d'un kyste de la région profonde de la face inférieure du foie que j'avais traité par la marsupialisation. Le jour même de l'opération, dans la soirée, le malade présenta des symptômes excessivement graves qui purent faire croire un moment à une hémorragie interne ou à une péritonite généralisée suraiguë. Mais l'absence de tout épanchement sanguin dans le kyste, ainsi que je pus m'en assurer en enlevant le pansement, et le manque de réaction locale m'obligèrent à rejeter cette double hypothèse. Les choses s'amendèrent d'ailleurs rapidement et au bout de quelques jours l'état général de mon opéré était redevenu très satisfaisant.

Aussi lorsque, dans le second cas auquel j'ai fait allusion et dans lequel il s'agissait d'un kyste hydatique du lobe gauche du foie que je traitai cette fois par l'incision et la simple suture, sans capitonnage, les mêmes accidents se reproduisirent, je ne m'alarmai point, mais je pensai qu'il s'agissait là, comme dans le premier cas, d'accidents aigus d'intoxication hydatique causés par l'épanchement, au cours de l'opération, d'une certaine quantité de liquide hydatique dans le péritoine, et j'attendis, me contentant de surveiller étroitement ma malade. Les événements me donnèrent raison : les symptômes s'atténuèrent dès le lendemain et la guérison ne tarda pas à survenir.

Sur le retournement de la vessie.

M. Guinard. — Je suis très heureux d'avoir ici la suite de l'observation que j'avais commencée dans mon service de la Maison Dubois, et je remercie M. Picqué des recherches bibliographiques qu'il a faites à ce sujet. Mais pour le mémoire de M. Pousson, je ne peux m'empêcher de bien faire remarquer qu'il n'y a aucun rapport à établir entre les faits dont il parle et le mien, puisqu'il s'agit « d'inversion partielle à travers l'urètre ». Ici, j'avais enlevé l'urètre en totalité, ainsi que le col utérin, en empiétant largement sur la paroi vésicale elle-même. Dans ces conditions-là, je ne suis pas aussi surpris que M. Picqué que la vessie, sous l'impulsion des intestins, soit venue faire saillie à la vulve. Il me semble que toutes les fois qu'on pratiquera cette opération, l'on verra ce prolapsus herniaire se produire. Si la littérature médicale n'en compte pas plus d'observations, cela tient

sans doute à ce que les opérations qui enlèvent en totalité l'urètre, le col vésical et une rondelle de vessie se pratiquent très exceptionnellement. Il a fallu, dans le cas en question, une incurie extraordinaire chez une malade d'une mentalité particulièrement affaiblie, pour laisser un épithélioma de l'urètre prendre des proportions aussi extraordinaires sans consulter un chirurgien.

Ce qui m'a semblé surtout intéressant dans le travail si documenté de M. Picqué, c'est la tentative opératoire destinée à remédier à cette infirmité. Je crois, comme lui, qu'il y aurait lieu d'intervenir de nouveau et de tenter, par une torsion « à la Gersuny », de reconstituer un mode d'occlusion relative de la vessie. Mais la perte de substance est très étendue, et je crains bien qu'il n'y ait là une incontinence irrémédiable. Dans tous les cas, l'opération très intéressante de M. Picqué aura eu un résultat très appréciable en supprimant l'éversion de la vessie.

M. Bazy. — Je désirerais atténuer le côté un peu exclusif de l'affirmation de mon ami Guinard, quand il dit que le retournement de la vessie est fatal après l'ablation de l'urètre et du col de la vessie. J'ai dû enlever, pour un épithélioma, l'urètre et le col de la vessie à une malade qui est restée, après l'opération, trois ou quatre mois dans mon service ; or, si elle avait de l'incontinence d'urine, je n'ai jamais vu de saillie de la vessie.

J'ai opéré, il y a treize ans, une malade de la même façon ; celle-là, je ne l'ai point suivie, de sorte que je ne peux rien affirmer, mais le médecin qui la soignait ne m'a jamais parlé de quoi que ce fût qui ressemblât à un retournement partiel ou total de la vessie.

Rapports.

Etranglement intrasacculaire par bride ; réduction par le taxis de l'anse herniée ; persistance des phénomènes d'étranglement. Hernio-Laparotomie. On trouve l'anse herniée absolument libre dans la cavité abdominale, mais enserrée comme dans une ligature par l'agent d'étranglement qui a été réduit avec elle ; section de la bride ; mort, par M. de Rouville, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier.

Rapport de M. ROCHARD.

Messieurs, vous m'avez chargé de faire un rapport sur une observation qui vous a été adressée par M. de Rouville, et dont voici le texte :

Le 12 août dernier, à 8 heures du soir, je suis appelé d'urgence, à l'hôpital suburbain, auprès d'un malade, J. P..., charretier, âgé de soixante-cinq ans, couché au lit n° 24 de la salle Bouisson, que je trouve dans l'état suivant : facies abdominal, sueurs froides, pouls petit, serré, très rapide ; hoquet, état nauséeux entrecoupé de vomissements fécaloïdes ; le ventre est légèrement météorisé, sonore, et douloureux à la pression dans la fosse iliaque gauche ; hypothermie. La région inguino-scrotale gauche fait, sur les parties voisines, une saillie molle, dépressive, nullement douloureuse ; on ne sent, à ce niveau, aucune impulsion pendant l'effort.

Le malade répond faiblement aux questions qu'on lui pose, mais son intelligence est entière et je parviens à recueillir les renseignements suivants : il avait, depuis longtemps, une grosse hernie inguinale gauche qu'il maintenait tant bien que mal à l'aide d'un bandage ; il y a trois jours, à la suite d'un effort, sa hernie est, dit-il, sortie brusquement, est devenue tendue, douloureuse, irréductible ; plus de selles ni de gaz par l'anus. Le lendemain matin, après une nuit de très grande angoisse (coliques, vomissements), le malade fait appeler un médecin qui diagnostique une hernie étranglée et pratique immédiatement le taxis ; le résultat ne se fait pas attendre, et, en quelques minutes, toute tumeur a disparu, la hernie s'est réduite. Mais l'état du malade ne s'améliore pas, loin de là : les coliques augmentent, les vomissements deviennent plus fréquents, fécaloïdes ; bref les phénomènes d'étranglement persistent et s'aggravent. On applique des cataplasmes sur le ventre, on fait des piqûres de morphine ; on finit, enfin, par se décider à envoyer le malade à l'hôpital.

Je pose le diagnostic : « Fausse réduction d'une hernie étranglée ; étranglement prolongé », et, sans grand enthousiasme d'ailleurs, vu l'état plus que précaire du malade, je décide l'intervention immédiate ; je confie l'anesthésie (éther) à un aide tout particulièrement expérimenté.

Je fais une incision inguinale gauche qui ouvre le canal, dans lequel je trouve le sac herniaire ; je fends celui-ci ; il s'en écoule une petite quantité de liquide citrin ; j'introduis l'index gauche dans la direction du collet, et je trouve un anneau large, laissant facilement passer mon doigt qui arrive dans le ventre sans difficulté. Sur l'index gauche, laissé en place comme guide, je fends d'un coup de ciseaux toute l'épaisseur de la paroi abdominale, dans une étendue de 5 à 6 centimètres au-dessus de l'anneau inguinal profond ; du ventre s'écoule encore un peu de liquide citrin. Deux écarteurs sont placés sur les lèvres de l'incision abdominale, et j'aperçois immédiatement, libre dans la cavité péritonéale, une anse grêle très solidement enserrée dans une bride fibreuse très étroite, qui l'entoure complètement à la façon d'une bague ; cette anse (j'insiste sur ce fait) n'était pas repliée sur elle-même et n'affectait nullement la disposition de l'intestin contenu dans un sac herniaire avec ses deux cylindres intestinaux enveloppés tous deux au niveau du pédicule par le collet du sac ; la bride enserrait l'intestin absolument comme l'eût fait un fil à ligature que l'on aurait

serré autour d'une anse ; elle n'adhérait ni au péritoine pariétal, ni à un organe voisin, ni à l'épiploon ; on ne constatait, en aucun point, d'ahérences péritonéales. Au-dessous de l'étranglement, l'intestin est dilaté, congestionné ; au-dessous, il est flasque et revenu sur lui-même.

Je sectionne la bride, très prudemment au bistouri ; son adhérence est grande au sillon d'étranglement au niveau duquel les lésions sont avancées, et telles que je juge imprudent d'abandonner l'anse dans le ventre ; ne pouvant songer, en raison de l'état d'intoxication avancée du malade, à pratiquer une entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire, et, pressé de terminer une intervention déjà trop longue, j'allais fixer l'anse à la paroi, quand, pris d'un vomissement fécaloïde, le malade asphyxie, et, brusquement, cesse de respirer. Tous les moyens classiques de le rappeler à la vie sont immédiatement mis en œuvre, mais en vain ; je recours, en dernière analyse, au massage rythmé du cœur, après résection costale, sans plus de succès.

Telle est l'observation, et M. de Rouville n'a pas été sans se demander comment il fallait l'interpréter, et quelle était la pathogénie vraie des accidents présentés par le malade ? Et d'abord, s'est-il agi d'une hernie étranglée ? On pourrait penser, *a priori*, à un étranglement interne primitif par bride, et, dans cette hypothèse, les phénomènes observés du côté de la hernie (augmentation du volume, tension...) devraient être considérés comme de simples phénomènes secondaires à l'étranglement interne primitif ; on aurait pris l'effet pour la cause. Les renseignements, naturellement un peu succincts, fournis par le malade, et puis et surtout l'indépendance absolue de la bride qui enserrait l'intestin, bride flottante dans le péritoine, sain, d'ailleurs, et ne présentant aucun trace de péritonite plastique, nous paraissent, comme à M. de Rouville, devoir faire rejeter cette interprétation.

Il y a donc bien eu étranglement herniaire, et la persistance des phénomènes de l'étranglement intestinal, après la réduction par le taxis, imposait le diagnostic : « Fausse réduction ; étranglement prolongé ».

Mais quelle était la cause de la persistance des accidents ? La rapidité de la réduction facilement effectuée sans manœuvres énergiques, l'absence de toute tumeur au niveau de la partie profonde du canal inguinal pendant les efforts du malade, permettaient jusqu'à un certain point de prévoir qu'il n'y avait pas eu réduction en masse ; l'intervention a démontré le fait ; le sac se trouvait dans le canal inguinal.

Il est, en outre, de toute évidence que l'agent constricteur n'était ni le collet du sac, ni l'anneau ; la facilité de la réduction par le taxis, et puis et surtout l'examen direct de ces parties, après l'ouverture du sac, permettent d'être affirmatif à cet égard.

Le collet du sac était intact, et cette constatation, aussi bien que la disposition même de l'anse étranglée, rendent insoutenable toute idée d'étranglement par déchirure circulaire du collet.

L'interprétation des phénomènes paraît donc à M. de Rouville devoir être la suivante : l'étranglement était intrasacculaire ; il a pris naissance, sous une influence quelconque, à la faveur d'une bride fibreuse développée autour d'une des branches de l'anse herniée ; l'ancienneté de la hernie, son volume, sa contention insuffisante par un bandage mal appliqué ne réalisaient-elles pas autant de circonstances bien favorables à la formation d'adhérences ? Le taxis a désinséré la bride au niveau du sac, et a refoulé simultanément dans le ventre l'intestin et l'agent d'étranglement.

Il nous semble difficile d'interpréter autrement ce fait dont nous ne connaissons pas d'autres exemples.

En terminant, je vous propose d'adresser des remerciements à M. de Rouville, et je vous prie de ne pas oublier qu'il est candidat à une place de membre correspondant de notre Société.

Deux observations de fièvres typhoïdes compliquées de perforation intestinale, traitées par la laparotomie et la suture. Guérison, par M. le Dr Edg. CHEVALIER, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Rapport par M. BAZY.

Les observations de guérison par la suture de perforation intestinales survenues dans le cours de la fièvre typhoïde sont assez rares pour que nous devions remercier notre collègue M. Chevalier de nous en avoir envoyé deux. Elles sont instructives, parce qu'elles nous indiquent, une au moins des conditions de la réussite de l'opération : je veux parler de la précocité de l'intervention; elles nous montrent aussi pourquoi cette intervention doit être précoce pour réussir, car l'évolution des lésions est si foudroyante qu'elle réduit rapidement à néant toute notre thérapeutique.

Au demeurant, voici résumées ces deux observations :

Premier cas. — Homme, vingt-neuf ans, entré au 9e jour d'une fièvre typhoïde dans le service du professeur Chantemesse, le 27 janvier 1902 (bastion 29-typhiques).

Dès le lendemain, injection de sérum antityphique Chantemesse.

Le 23e jour de la maladie, une selle sanglante qui se renouvelle

les deux jours suivants; au 27e jour, alors que la maladie semblait évoluer définitivement vers la guérison, que la température était voisine de la normale et le pouls à 100, la scène change.

Ce jour-là, c'est-à-dire le 14 février à midi, on constate 39°3; pouls, 106. A une heure, douleur abdominale brusque, vive, sans localisation.

A trois heures, temp. 40 degrés; pouls, 106.

Quatre heures : émissions de gaz, paroi abdominale très résistante; défense musculaire considérable. On fait le diagnostic de perforation intestinale et on fait prévenir M. Chantemesse qui envoie chercher M. Chevalier, et l'opération a lieu à neuf heures du soir, huit heures, par conséquent, après l'apparition de la douleur.

« Incision médiane sous-ombilicale de 9 à 10 centimètres qui conduit sur les anses intestinales fort injectées : je prends de suite les repères sur le cæcum et amène hors de la plaie les quarante derniers centimètres de l'iléon; les anses sont fortement vascularisées, recouvertes d'exsudats blanchâtres et mous de péritonite récente. A 15 centimètres environ du cæcum, sur le bord convexe de l'iléon, je découvre une perforation de la grosseur d'une tête d'épingle, siégeant sur une plaque de Peyer largement indurée, qu'on perçoit à travers les tuniques de l'intestin. »

M. Chevalier fait un double plan de suture sur cette perforation, et, sans essuyer ni laver l'intestin, il draine largement par deux tubes de caoutchouc et une mèche de gaze. La partie supérieure seule de la plaie opératoire est suturée. Durée de l'opération, vingt minutes; chloroforme.

La température baisse progressivement, mais le malade est très affaissé et doit être stimulé par des injections de solutions salées (sérum artificiel) et du champagne pendant huit jours; le pouls est très fréquent et reste aux environs de 140; il reste entre 100 et 110 pendant plus d'un mois. Ce n'est qu'après un mois que la température, qui avait baissé progressivement, devient normale.

Les urines n'ont jamais contenu d'albumine; elles ont été rares, un demi litre pendant quinze jours, puis plus abondantes, et enfin il y a eu de la polyurie (un jour il y a eu 5 lit. 800).

Du côté de la plaie, suppuration abondante qui nécessite des pansements au permanganate de potasse; à partir du moment où le malade peut s'alimenter, la plaie ne suppure plus, et le 3 avril, elle est complètement fermée.

Deuxième cas. — Homme vingt ans, entré le 20 février dans le service du professeur Chantemesse au 7e jour d'une fièvre typhoïde.

Le jour de son entrée, injection de sérum antityphique Chantemesse.

Le 25 février, hématurie.

Le 27 février, deux caillots sanguins dans les selles.

Le 28, hémorragie intestinale. Urines très albumineuses. Température moyenne, 38°7. P. 90.

Dans la nuit du 28 février au 1er mars, à minuit et demi, après le bain, violente douleur abdominale assez localisée que des applications de glace atténuent rapidement. Temp. 39°7 à trois heures du matin, 39°8 à six heures. Le pouls, qui était à 88, monte à 106.

M. Chantemesse fait prévenir M. Chevalier qui opère à onze heures, c'est-à-dire dix heures et demie après le début des accidents.

« Dès l'ouverture du péritoine s'échappe du pus crémeux abondant qui semble traduire une péritonite plus ancienne que l'horaire des accidents ne l'indique; anses intestinales rouges. »

Côlon sain, iléon injecté et vasculaire, avec exsudats membraneux sur beaucoup de points; à 25 centimètres de la valvule iléocæcale, perforation de la grosseur d'une tête d'épingle siégeant sur une plaque de Peyer indurée, donnant issue à des gaz et à des liquides.

Double rangée de sutures à la Lembert.

On évacue 1/2 litre de pus bien lié. Pas de lavage.

Drainage du péritoine par deux gros drains et une mèche.

Durée de l'opération : vingt minutes. Chloroforme.

L'examen du pus fait par M. Chantemesse a montré, sur une lame, que ce pus était formé de leucocytes nombreux, dont quelques-uns sont bourrés de bacilles phagocytés; pas de microbes libres.

Les cultures ont montré du colibacille.

La température tombe après l'opération; elle oscille entre 38°5 et 37 degrés, et arrive le 16 mars à la normale.

Le malade a eu de la rétention d'urine pendant vingt-quatre heures, et quatre selles sanglantes les 4 et 5 mars.

Suppuration abondante de la plaie et, par moments, odeur fécaloïde.

Quinze jours après l'opération, la fièvre était complètement tombée. Il y a de la polyurie allant jusqu'à 5 litres en vingt-quatre heures.

L'albumine disparaît le 21 mars.

Au bout d'un mois, la plaie est fermée.

Voilà deux opérations faites à deux jours très rapprochés l'un de l'autre, et qui ont été suivies de guérison.

Cet heureux résultat est dû, d'une part, à l'habileté de l'opérateur, et aussi, il faut le dire, à la précocité de l'intervention et par conséquent à la sagacité du médecin qui soignait ces typhiques.

Il n'y a pas de doute que le diagnostic de perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde a pour corollaire immédiat l'intervention : les guérisons spontanées sont tellement rares et les chances de guérison sans l'intervention tellement aléatoires qu'il n'y faut pas compter.

L'important est donc de faire un diagnostic précoce. La continuité et l'intensité de la douleur, l'élévation brusque et inattendue de la température sont deux signes précieux ; si on ajoute la défense musculaire qui apparaît promptement, on aura des signes suffisants pour intervenir.

Sans doute on peut se tromper, et les faits signalés ici même par M. Rochard et M. Delorme montrent qu'avec toutes les apparences de la perforation on peut ne rien trouver ; mais ces faits prouvent aussi que l'intervention n'a pas eu de gravité et n'a pas empêché les malades de guérir, et de cette intervention et de la fièvre typhoïde.

Cependant, même avec des interventions aussi précoces que celles dont il est question actuellement, et avec des interventions en apparence régulières, on a eu des morts à déplorer. Et alors on peut se demander si l'injection de sérum de Chantemesse n'a pas créé des conditions de résistance plus favorables. Le nombre de phagocytes trouvés par M. Chantemesse dans le cas du deuxième malade et l'intensité de la phagocytose sembleraient le prouver.

J'appelle l'attention sur un dernier point, à savoir la rapidité avec laquelle se sont montrés les éléments de la réaction péritonéale, fausses membranes dans le premier cas, pus dans le second, à tel point que MM. Chevalier et Chantemesse ont fait la remarque que cette quantité de pus n'était pas en rapport avec le nombre d'heures écoulées depuis le premier signe de la perforation.

Il serait cependant difficile d'admettre qu'il y ait eu péritonite purulente d'abord et une perforation ensuite.

Telles sont les considérations que je voulais vous soumettre à l'occasion de ces deux opérations, dont nous devons féliciter notre collègue Chevalier à qui je vous demanderai d'adresser des remerciements.

Communications.

Kyste hydatique du rein droit,

par M. TERRIER.

Messieurs, les kystes hydatiques du rein ne sont pas absolument exceptionnels; toutefois, on leur a appliqué un certain nombre de traitements à propos desquels on peut faire quelques remarques pratiques, surtout depuis les très intéressantes recherches expérimentales de M. le Dr Félix Dévé.

Ayant eu à traiter un de ces kystes hydatiques, dans mon service de la clinique de la Pitié, et ayant utilisé un procédé thérapeutique un peu spécial, je vous demande la permission de vous relater ce fait et d'y ajouter quelques réflexions essentiellement pratiques.

Kyste hydatique du rein droit. Ablation du kyste avec résection conservatrice du rein. (Observation due à M. le Dr Gosset.)

Ren... (Berthe), âgée de trente-quatre ans, entre le 3 mai 1902 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, lit n° 10 (service de la clinique).

Depuis un an, elle a remarqué que son ventre augmentait de volume et depuis huit mois il lui a été possible de sentir dans l'hypocondre droit une tuméfaction arrondie dont elle a pu suivre elle-même le développement régulier et progressif. La santé générale est restée très bonne, la malade n'a pas maigri, mais l'appétit est un peu capricieux; et, en particulier, la malade a un dégoût très marqué pour les graisses.

Dans ses antécédents pathologiques, on note d'assez grandes irrégularités de la menstruation et, il y a trois ans, des accidents qui permettent de porter le diagnostic de syphilis acquise.

Elle a été réglée pour la première fois à treize ans, et pendant trois mois. Puis disparition des règles jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Depuis cette époque, grande irrégularité des menstrues; parfois une suppression pendant deux ou trois mois. Pas de pertes blanches. Pas de grossesse.

Il y a trois ans, accidents syphilitiques : plaques muqueuses buccales, roséole. On prescrit du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium. La malade porte du reste sur la face antérieure de la poitrine des taches cuivrées, symétriques, qui sont la signature de l'inoculation syphilitique.

Etat actuel. — En examinant l'abdomen, on constate une voussure très nette de tout l'hypocondre droit. Les fausses côtes ne sont pas écartées, le thorax ne paraît point élargi à sa base, la tuméfaction ne commence qu'au-dessous du rebord inférieur du thorax.

A la palpation on reconnaît une tumeur lisse, arrondie, régulière, en

contact avec la paroi abdominale antérieure, et qui s'étend jusqu'aux limites suivantes :

En bas, la tumeur descend à 5 centimètres au-dessous de la ligne ombilicale;

En dedans, elle dépasse la ligne médiane de trois centimètres; *en haut*, elle est nettement distincte du bord inférieur du foie. Les doigts recourbés en crochet parviennent, surtout au niveau de l'épigastre, à saisir et à soulever en quelque sorte le bord tranchant du foie, et l'on constate que la tuméfaction s'engage sous la glande, mais en reste distincte.

En arrière, la tumeur a le contact lombaire et l'on peut facilement obtenir le ballottement.

Dans son ensemble, la tumeur a le volume d'une tête de fœtus à terme, sa consistance est rénitente et son contenu manifestement liquide. La percussion ne dénote aucune bande sonore entre la tumeur et le foie; aucune sonorité également sur toute la face antérieure de la tumeur en contact direct avec la paroi abdominale.

Pas de frémissement hydatique.

Jamais de troubles urinaires, sauf, depuis un an, un peu de fréquence des mictions (7 à 8 mictions par jour) et des besoins d'uriner assez impérieux. Jamais aucune modification des urines.

En présence de tels signes, de la conservation parfaite de la santé, — étant donné d'autre part que la malade possède un chien de berger qui, chaque jour, aux abattoirs, se nourrit de viscères de mouton, on peut porter le diagnostic de *kyste hydatique*. Mais s'agit-il d'un kyste hydatique du foie ou d'un kyste hydatique du rein? Le diagnostic porté fut celui de kyste hydatique de la face inférieure du foie. On se base, pour penser qu'il s'agit du foie plutôt que du rein, sur l'absence de tout phénomène du côté du rein, sur l'absence du signe pathognomonique des kystes du rein — l'élimination d'hydatides par l'uretère — et aussi sur l'absence de certains signes locaux qui appartiennent aux tumeurs du rein, plus particulièrement la bande de sonorité que donne le côlon en s'interposant entre le rein et la paroi. Le ballotement et le contact lombaire pouvant exister pour les tumeurs du foie aussi bien que pour celles du rein, on s'arrête finalement au diagnostic de kyste hydatique, probablement développé à la face inférieure du foie.

Opération le 14 mai 1902, par M. Terrier; aides, MM. Gosset et Desjardins; chloroformisateur, M. Boureau.

Laparotomie latérale, suivant le bord externe du muscle grand droit du côté droit, depuis le rebord costal jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic.

Après incision du péritoine pariétal, on tombe immédiatement sur le kyste, recouvert par le feuillet péritonéal postérieur qu'il soulève. Tout à fait au pôle inférieur de la tumeur, sans remonter sur sa face antérieure, le côlon transverse décrit son angle droit. Au-dessus de la tumeur, la recouvrant en partie, on trouve le bord antérieur du foie, mais sans aucune connexion avec la tumeur. On ne voit pas la vésicule biliaire.

Incision verticale du mésocôlon transverse dans une étendue de 6 centimètres. Le péritoine est décollé à droite et à gauche, et chaque lèvre est soigneusement repérée avec des pinces plates. La paroi de la poche apparaît alors : elle est tendue, lisse, grisâtre, très peu vasculaire. On fait une ponction avec un petit trocart et l'aspiration ramène 800 grammes de liquide clair comme de l'eau de roche. Une pince à kyste ovarique sert, en même temps qu'elle obture l'orifice de la ponction, à exercer des tractions sur la poche. La décortication de cette poche est conduite méthodiquement, avec une hémorragie insignifiante, et on parvient à la dégager en bas, en dehors, puis en dedans. En amenant cette poche de plus en plus au dehors, on constate bientôt qu'elle entraîne à sa suite le rein droit lui-même. Le kyste est donc développé au niveau du pôle inférieur du rein, sous la capsule propre, mais paraissant assez distinct du tissu rénal. Dans son ensemble, la tumeur paraît formée de de deux portions : l'une supérieure, plus petite, c'est le rein avec sa forme et sa couleur habituelles ; l'autre inférieure, appendue à la première, beaucoup plus volumineuse, c'est le kyste.

Suivant la capsule propre du rein au niveau du point d'implantation de cette tumeur, on constate que l'extirpation du kyste sera possible, tout en conservant le rein. Il n'y a point, à proprement parler, de plan de clivage entre le kyste et la substance rénale ; mais, grâce à la compression digitale du pédicule rénal, on pratique sans hémorragie l'amputation du pôle inférieur du rein. Pendant que cette compression est continuée, on répare la brèche rénale au moyen de trois fils de soie que l'on passe à travers la substance du rein, comme pour une néphrorraphie. Entre ces fils, on en place d'autres, plus fins, qui prennent seulement la capsule fibreuse ; et cette capsule épaissie, facile à suturer, constitue un plan de soutènement pour la première suture. On cesse la compression du pédicule. La ligne de suture est étanche.

On s'assure avant de remettre le rein en place de l'intégrité du pédicule vasculaire et on lie une petite artériole qui saigne à la face postérieure de ce pédicule. On rentre le rein dans sa loge. L'uretère n'a pu être vu au cours de l'opération.

Suture de la paroi abdominale au moyen de deux plans : un plan péritonéal ; un plan musculaire ; puis la suture cutanée.

On draine avec un drain n° 18 qui va de la loge rénale à l'extérieur ; par conséquent d'arrière en avant.

Durée de l'opération, environ une heure.

Les suites opératoires furent très simples.

Pendant deux jours, un peu de sang dans les urines.

23 *mai*. Séparation des urines avec l'appareil de Luys.

En 15 minutes, on obtient :

Rein droit (malade), 2 centimètres cubes.

Rein gauche (sain), 4 centimètres cubes.

L'urine du rein malade est un peu moins colorée, elle contient un peu d'albumine. Du reste, cette séparation des urines sera faite à nouveau.

A la fin de mai, l'opérée sort de l'hôpital tout à fait guérie de sa tumeur.

Sans trop insister sur la thérapeutique des tumeurs kystiques hydatiques du rein, on peut dire que le procédé que nous avons suivi n'est pas très fréquemment employé; en effet, dans les travaux récents publiés sur ce sujet (1), on ne cite guère que Spiegelberg (1867), Rummel (1873) et Burkhardt comme ayant utilisé la résection partielle du rein pour enlever un kyste hydatique de cet organe.

Dans un cas, Ch. Monod put enlever le kyste même et son contenu sans toucher au tissu rénal (*Gazette hebdomadaire*), c'était aussi pour une tumeur kystique occupant le pôle inférieur du rein.

En fait, la résection de l'organe rénal, applicable surtout dans des cas spéciaux où la tumeur est petite relativement et occupe un des pôles de l'organe, me paraît une opération très défendable, supérieure à la néphrectomie et à la néphrostomie.

Quant à la méthode de Delbet appliquée aux tumeurs kystiques du rein, elle a fourni à nos collègues Lejars et Tuffier des succès incontestables pour des kystes non ouverts dans le bassinet, il est vrai.

En pratiquant, comme je l'ai fait, l'ablation de la tumeur kystique et avec résection du rein, il faut employer quelques précautions sur lesquelles j'appelle dès aujourd'hui votre attention.

Quand on fait la ponction du kyste, et qu'on a pu en réduire le volume de façon à pouvoir plus facilement disséquer la tumeur, il faut avoir grand soin de bien oblitérer l'ouverture faite par le trocart, à l'aide d'une pince à kyste, par exemple.

Il serait bon même de bien essuyer les parties voisines de cette ponction avec une solution de bichlorure, comme l'a conseillé M. F. Dévé dans sa communication de la dernière séance.

On pourrait aussi injecter dans le kyste, par le trocart resté en place de la solution de bichlorure, de façon à tuer les hydatides dont le nombre peut être si considérable. Ceci aurait même un grand avantage, c'est que, dans la dissection, souvent laborieuse, de la couche adventice du kyste, la rupture de la déchirure de la membrane hydatide, ne permettrait pas un ensemencement rapide et toujours à craindre comme l'a dit et démontré expérimentalement M. le Dr F. Dévé.

J'insiste d'autant plus sur ce point que cet accident m'est arrivé pendant l'opération que je vous ai décrite; un coup de ciseaux a intéressé la poche adventice et probablement aussi la membrane hydatique unique qu'elle renfermait.

Très heureusement, la tumeur et le rein étaient en dehors de la

(1) Thèse de Braillon, Paris, 1894; de K. Harz; 1899; de Champenois, Paris, 1901.

cavité abdominale, maintenus au dehors par les doigts de l'aide, M. Gosset, qui me comprimait le pédicule vasculaire.

De plus mon champ opératoire était abrité par des couches assez épaisses de compresses jouant le rôle de filtres; mais en fait cet accident peut avoir ultérieurement des conséquences sérieuses, parfaitement évitables en prenant les précautions signalées par M. F. Dévé.

Telles sont, Messieurs, les quelques réflexions que je vous soumets à propos de ce fait clinique assez intéressant.

En terminant je vous ferai remarquer que pour arriver sur la tumeur, j'ai suivi la voie transpéritonéale.

M. Bazy. — M. le professeur Terrier m'avait parlé de l'intention qu'il avait de faire cette communication aujourd'hui. C'est ce qui m'a donné l'idée d'apporter une observation qui a quelque analogie avec celle de M. Terrier et dans laquelle j'ai, moi aussi, à accuser les fautes opératoires, mises en relief par la dernière communication de M. Dévé, et qui heureusement n'ont pas eu les suites graves que pouvaient faire craindre les expériences de ce dernier, car l'opération date du 12 mai 1899, et j'ai eu l'occasion de revoir le malade à la fin de l'année dernière et au commencement de cette année; et, s'il avait une éventration tenant au mode opératoire que j'ai employé, il n'avait pas la plus petite tumeur qui pût faire penser qu'il y avait une récidive. Voici au demeurant cette observation copiée sur mon registre d'opération :

P... (Paul), âgé de quarante-trois ans, profession journalier, entré le 4 mai 1902, salle Gosselin, lit n° 1 bis, service de M. Bazy, hôpital Beaujon.

Laparotomie pour kystes hydatiques du foie et du rein.

Incision médiane de 10 centimètres environ, qui sera ultérieurement prolongée, partant de l'appendice xiphoïde et qui descendra jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic.

L'abdomen ouvert, on voit la tumeur, qui est recouverte manifestement par le tissu hépatique; on voit que ce tissu est en lame mince à cause de la dépressibilité de la tumeur, et l'apparence quasi blanchâtre qu'elle présente. Elle est ponctionnée avec le trocart à kystes de l'ovaire. Il s'en échappe 1 lit. 3/4 d'un liquide d'abord blanchâtre, puis teinté en jaune par de la bile. Cela fait, on explore l'abdomen et on voit en arrière une grosse tumeur rétropéritonéale, qui paraît occuper la loge rénale droite et qui nous explique :

1° Pourquoi cette tumeur, qui paraissait primitivement si volumineuse puisqu'on pouvait la sentir dans le flanc droit, débordant légèrement les fausses côtes et ayant dans tous les cas repoussé fortement

en dehors la paroi thoracique, pourquoi cette tumeur était si flasque.

2° Pourquoi la vésicule biliaire était fortement refoulée à gauche de la ligne médiane ; on aurait pu penser que cette tumeur appartenait au lobe gauche du foie lorsqu'en réalité elle appartenait au lobe droit, refoulée qu'elle était vers la gauche par la tumeur postérieure.

On incise le péritoine qui recouvre la tumeur postérieure, on ponctionne avec le très gros trocart, mais le trocart est bouché par une membrane hydatide, et une grande partie du liquide, par le fait de la tension de la poche s'écoule tout autour de l'orifice.

Les parties voisines sont protégées par des compresses, et on éponge avec beaucoup de soins ; néanmoins il est possible que le liquide ait pu aller dans le tissu cellulaire rétropéritonéal, et peut-être aussi dans le péritoine.

On recuille néanmoins plus d'un litre de liquide, eau de roche. On attire la poche à l'extérieur avec beaucoup de peine, on voit qu'elle fait partie intégrante de la partie postérieure et supérieure du rein.

Dans ces manœuvres, il se produit une hémorragie qui aurait pu être abondante, si elle n'eût été immédiatement réprimée ; cette hémorragie nous paraît partir du voisinage du hile du rein ; la suite nous démontrera qu'il en est ainsi.

On ouvre la poche qui contenait encore un peu de liquide hydatique. On enlève la membrane hydatique, on trouve un plan de clivage qui permet de décortiquer complètement cette poche, et on voit alors effectivement le rein découvert jusqu'au niveau du bassinet, car on voit là un calice.

Il reste toute la partie inférieure du rein. Le reste, comme nous le verrons, est étalé à la surface de la membrane adventice et n'avait guère que 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Sur la poche ainsi enlevée on voit un calice avec de la substance rénale tout à fait adhérente et inséparable de la membrane adventice.

La poche ouverte, la partie qui semble répondre au rein étalé, au lieu d'avoir sa face lisse et unie, a une surface interne chagrinée, et l'aspect d'une peau éléphantiasique. Le calice est perforé, dans un point, et communique avec l'intérieur du kyste, mais il est probable que cette perforation est opératoire.

La partie du rein qui est étalée à la surface de la tumeur, de même que la partie restante, a une teinte feuille-morte et ne saigne pas à la section.

On se demande dans ces conditions, étant données l'ouverture du bassinet, et cette teinte feuille-morte de la partie supérieure de la portion restante du rein, s'il est prudent de la conserver.

On se demande, en outre, si cette teinte feuille-morte n'est pas le résultat du pincement d'une branche de l'artère rénale.

Néanmoins, la conservation est décidée, et

1° On rabat les deux moitiés du rein d'avant en arrière, l'une sur l'autre, par un point au catgut, après ligature de la branche de l'artère rénale pincée.

2° On rabat, en outre, par-dessus du tissu fibreux condensé, qui faisait

partie des parois du kyste. Cette membrane fibreuse est suturée au tissu du rein.

Par mesure de précaution, après avoir lavé la région lombaire, on fait une contre-ouverture en ce point, pour passer un drain qui ira dans la fosse lombaire.

3° Cela fait, on rabat par-dessus le péritoine qui recouvrait la face antérieure de la tumeur, sans toutefois le suturer.

4° On s'occupe ensuite de la poche hépatique. On commence par la fixer après l'avoir attirée le plus possible au bord de l'incision abdominale ; on l'ouvre, et on retire la membrane qui est jaunâtre, par imbibition de bile.

On place deux gros drains. On achève la fermeture par un surjet au catgut pour le péritoine et les muscles, et un pour la peau au crin de Florence. Pansement iodoformé. Chloroforme.

Les suites de l'opération ont été assez mouvementées; mais le malade a guéri complètement. Or, jamais après l'opération il n'est passé une goutte d'urine par la plaie lombaire, pas plus qu'il n'en passa dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, ni même dans le péritoine.

Les constatations que j'ai faites avant l'opération, au sujet de l'influence de la ligature d'une branche de l'artère rénale, m'ont amené à rechercher le mode de distribution de ces artères dans le tissu rénal, qui n'est pas indiqué dans les traités classiques. Ces branches sont toutes *des branches terminales*, et la ligature de l'une d'entre elles entraîne le retrait et l'atrophie de la portion du rein qu'elle irrigue. C'est ce que l'on peut voir sur les photographies que j'ai apportées et où l'on voit des zones très nettes et plus ou moins étendues du rein, déprimées et bien au-dessous des surfaces voisines du rein qui sont restées saines.

M. Ricard. — J'ai opéré cette année un kyste hydatique du rein que j'avais pris pour un kyste du foie. J'ai fait une incision médiane, puis, pour me donner du jour, j'ai branché sur cette incision une incision transversale. J'ai été assez heureux pour éviter l'issue du liquide hydatique, j'ai pu attirer la poche adventice à l'extérieur, en inciser une grande partie, frotter avec une solution de formol à 1/1000, la portion restante, suivant les conseils de M. Dévé qui assistait à l'opération et je l'ai réduite dans l'abdomen sans capitonnage le malade; a bien guéri.

M. Legueu. — Ce n'est pas sur le fond même de la communication de M. Terrier que je demande à prendre la parole, c'est pour parler à nouveau d'un malade que j'ai opéré l'année dernière, et dont j'ai parlé ici même. Il s'agissait d'un énorme kyste

du rein gauche, ouvert dans le bassinet, et que je traitai par la méthode de Delbet, la réunion sans drainage. Je me demandais à ce moment ce qui adviendrait de cette tumeur, et comment se comporterait sa communication avec les voies d'excrétion de l'urine.

J'ai revu et suivi le malade : nous sommes actuellement à huit mois de l'opération, et mon opéré est resté bien guéri. Il a engraissé notablement; dans le flanc, on ne trouve aucune tuméfaction qui rappelle la tumeur d'autrefois, et, bien que j'ignore le fonctionnement du rein correspondant, je puis au moins conclure de ce fait qu'il n'y eut aucun inconvénient à réduire, sans drainage, un kyste ouvert dans le bassinet.

M. Potherat. — Je voudrais faire une petite remarque sur le côté clinique de la communication de M. le professeur Terrier.

Dans son observation, comme dans celle que vient de rapporter Ricard, les signes locaux se montrèrent insuffisants pour affirmer le diagnostic au point de vue de l'origine hépatique ou rénale du kyste ; M. Terrier et M. Ricard avaient à tort conclu qu'il s'agissait d'un kyste du foie.

Or, j'ai fait connaître en 1889 (1) un petit procédé qui peut, en pareille occurrence, apporter un élément important de diagnostic. Mes recherches m'ont permis de remarquer dans tous les cas de kystes hydatiques du foie que j'ai suivis, même lorsque ces kystes étaient presque complètement extrahépatiques, en l'absence de tout ictère appréciable, la présence dans les urines de sels biliaires le plus souvent facilement décelables par la réaction de Gmelin, mais qu'on ne retrouve parfois que par une analyse chimique plus délicate.

Dans deux cas où le diagnostic de kyste hydatique du foie avait été porté par mon maître M. Trélat, je n'avais pas trouvé de sels biliaires dans les urines; or l'intervention a montré que ce n'était point là des kystes hydatiques du foie.

Si la recherche des sels biliaires avait été faite dans le cas de M. Terrier et dans celui de M. Ricard, l'absence de sels biliaires eût pu faire éliminer le diagnostic de kyste du foie et affirmer celui de kyste du rein. Il y a là un élément de diagnostic qui n'a pas assurément une valeur absolue, pathognomonique, mais qui peut offrir quelque intérêt.

M. Routier. — Le signe indiqué par M. Potherat n'est pas pathognomonique, car il n'existait pas dans deux cas de tumeur du foie que j'ai opérées dernièrement.

(1) Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie; *Th.* Paris.

M. Terrier. — Je suis heureux d'avoir provoqué cette discussion. Je crois que l'on peut faire pour le rein ce que l'on fait pour le foie, c'est-à-dire le traiter par la méthode de Delbet.

Si j'ai fait la résection dans le cas que je vous ai présenté, c'est qu'elle m'a paru simple et facile. Le point important dans ces opérations, c'est d'éviter l'ensemencement des hydatides.

La poche adventice de ces kystes est stérile au point de vue de la flore microbienne, mais elle peut ne pas l'être au point de vue de la faune, je veux parler des animaux qui vont déterminer la formation du kyste hydatique. Il faut donc la rendre stérile à ce point de vue et employer les solutions de formol ou de bichlorure indiquées par M. Dévé.

Je ferai remarquer à M. Potherat que le signe qu'il nous a signalé peut manquer, attendu que, comme je viens de l'observer sur la fille d'un de nos confrères, avec M. le professeur Gilbert, les éléments biliaires peuvent exister dans le sang et ne pas être dans l'urine, et on ne peut pas mesurer l'intensité de la cholémie d'après la quantité des pigments et sels biliaires contenus dans l'urine.

M. Bazy. — Je ferai une remarque : mon opération diffère de celle de M. Terrier en ce que c'est une résection de nécessité que j'ai faite là, et le résultat n'en a pas été moins bon.

Présentation de pièces.

M. Ricard. — Un utérus atteint de fibrome et qui s'était tordu au niveau de l'isthme de telle façon que la section à ce niveau était presque complète. Il a été enlevé par hystérectomie abdominale.

Prostate et calculs vésicaux multiples extraits par la voie périnéale.

M. F. Legueu. — Je vous présente les pièces d'un malade que j'ai opéré ce matin; elles sont représentées par une prostate et des calculs vésicaux multiples que j'ai enlevés par la taille périnéale.

La prostate est volumineuse, du poids de 225 grammes; le lobe droit pèse 100 grammes, je l'ai extrait en trois fragments. Le lobe gauche, au contraire, a été enlevé d'un seul morceau, qui pèse 125 grammes. C'est donc une prostate de très gros volume.

Il y avait en outre, dans la vessie, quatre vingts calculs de volume variable; un seul est assez volumineux, d'un diamètre de 2 centimètres et demi. Les autres sont de petit volume, à facettes,

uriques; ils ressemblent assez à des calculs biliaires. Ils représentent, dans l'ensemble, un poids de 110 grammes.

Ces pièces proviennent d'un malade de soixante-sept ans, qui, en 1893, avait été lithotritié par mon collègue et ami Albarran, pour des calculs uriques. Au bout de six ans, il récidiva, et depuis 1899 il avait des mictions douloureuses et fréquentes; il perdait du sang, et, quand il entra à Necker le 22 mai dernier, il avait une vessie très douloureuse, une sensibilité de 40 grammes, et un résidu à peu près égal. Il avait en outre une prostate assez volumineuse, mais cependant l'exploration ne permettait pas de penser que la prostate était aussi volumineuse que nous le voyons ici; l'exploration métallique ne fut possible qu'au bout de quelques jours, alors que la vessie fut quelque peu calmée; elle donna le cliquetis caractéristique.

En présence de ces symptômes, la lithotritie étant impossible, je pensai qu'en abordant la région par la voie périnéale, je pourrais avec avantage enlever et la prostate et les calculs, et surtout mettre ce malade, déjà récidiviste et rétentionniste, dans des conditions bien meilleures pour l'avenir.

Et les pièces obtenues légitiment absolument ma conduite, puisque, avec une prostate de ce volume, ce malade était exposé pour le reste de ses jours à des accidents de prostatisme auxquels j'espère avoir pu mettre un terme par l'opération que j'ai faite.

Annexite droite et appendicite avec corps étrangers vrais de l'appendice.

M. A. Guinard. — J'ai l'honneur de présenter un appendice que je viens d'enlever au cours d'une laparotomie pour une salpingite droite. Cet appendice est enflammé et évidemment malade depuis très longtemps. Il a le volume d'un gros crayon; son méso est gros et épaissi; ses parois sont sclérosées et injectées à leur face péritonéale; la muqueuse est criblée de suffusions hémorragiques; enfin il contient une bouillie de matières fécales d'odeur particulièrement infecte, et dans ces matières on voit cinq corps étrangers qu'il est aisé de reconnaître : ce sont des graines de lin dont l'une est entr'ouverte et laisse apercevoir son amande. C'est donc encore un exemple de corps étranger vrai de l'appendice, à mettre en série avec ceux que j'ai déjà présentés avec des soies de porc, du fil de lin, des trichocéphales, etc.

Mais je désire insister sur une autre particularité de mon observation qui me paraît intéressante au point de vue clinique.

C'est tout à fait par hasard que j'ai enlevé cet appendice, et je n'avais pas fait le diagnostic d'appendicite avant d'opérer.

Il s'agissait d'une malade de trente-six ans, soignée par le docteur de Lambert et M. Monod depuis longtemps. Il y a neuf ans, M. Monod lui a fait une amputation du col de l'utérus, et j'eus tout de suite l'attention attirée de ce côté. Elle avait, il y a neuf ans, consulté le Dr Créqui et M. Monod pour des douleurs abdominales dont elle souffrait depuis longtemps, et l'opération de Schrœder, pratiquée par M. Monod, amena une accalmie notable; mais bientôt les douleurs reparurent, et lorsque je vis la malade, il y a dix jours, le toucher me fit percevoir une tumeur salpingienne droite et je conclus à une laparotomie.

Je trouvai la trompe et l'ovaire droit pris dans un magma d'adhérences assez faciles à détacher et j'en fis l'ablation sans ouvrir la poche qui contenait un liquide poisseux, louche, d'aspect purulent. Du côté gauche, j'enlevai aussi les annexes qui me parurent suspectes, avec plusieurs kystes intraligamentaires, dont l'un du volume d'une cerise flottait au bout d'un long pédicule. Avant de refermer le ventre, je cherchai l'appendice comme j'ai l'habitude de le faire en pareil cas, et je ne fus pas peu surpris de le trouver tel que je l'ai décrit plus haut.

J'ai pu longuement interroger la malade depuis son opération, et c'est le résultat de ce nouvel examen qui me paraît intéressant.

La coexistence de l'appendicite et de l'annexite droite est fréquente, et j'avoue que dans mon esprit, comme pour la plupart des chirurgiens, la salpingite devait être l'origine de l'appendicite. En d'autres termes, j'enseignais que d'ordinaire il s'agit primitivement d'une salpingite droite et que l'appendice ne s'infecte que secondairement, pris dans des adhérences périsalpingiennes et incapable de lutter efficacement contre la rétention stercorale et l'infection folliculaire. Or, ici, les choses se sont manifestement passées différemment. La malade a commencé à « souffrir du ventre » à l'âge de onze ans, et ses crises de douleurs et « de coliques » n'ont jamais cessé depuis cette époque. Elle s'est mariée à vingt et un ans, et, cette année-là, elle a eu une crise qui l'a tenue près de trois mois au lit, avec de vives douleurs abdominales, du ballonnement, des nausées. On ne lui a pas parlé d'appendicite à cette époque (notons que cela date de quinze ans) et on lui a appliqué des vésicatoires sur le ventre. Ne peut-on pas affirmer maintenant que cette malade avait de l'appendicite chronique depuis l'âge de onze ans, lorsqu'il y a neuf ans elle a consulté M. Monod? Il est bien clair qu'à cette époque elle n'avait pas de salpingite, puisque M. Monod s'est borné à faire l'amputation du col. Je note ici que je n'ai trouvé aucune cause d'infection utérine : jamais de grossesse, ni de fausse couche, pas de vaginite, pas de blennorragie. La salpingite que j'ai trouvée est donc

manifestement survenue longtemps après les premiers symptômes abdominaux qui datent de vingt-cinq ans ; et je crois pouvoir conclure qu'elle est d'origine appendiculaire. Si on veut bien y regarder de près, je pense qu'on trouvera plus souvent qu'on ne croit, l'appendicite chronique comme cause d'infection de la trompe, et, si M. Monod ne l'a pas diagnostiquée, c'est qu'il y a dix ans, elle n'était pas connue. Je note en terminant que, pour combattre une constipation opiniâtre, la malade avait l'habitude d'user de la graine de lin anisée, ce qui explique comment j'en ai trouvé cinq graines dans son appendice.

Pour conclure, je répéterai qu'on ne doit jamais terminer une laparotomie pour salpingo-ovarite sans avoir vérifié avec soin l'état de l'appendice qui peut être infecté secondairement et qui surtout, plus souvent qu'on ne le croit, peut être la cause première de l'infection salpingienne. Il est probable que c'est du côté de l'appendice qu'il faut chercher la cause des douleurs qui parfois persistent après l'ablation des annexes.

M. Walther. — J'ai observé un très grand nombre de fois la coexistence de l'appendicite et de l'annexite. Mais je crois que dans la pluralité des cas, il s'agit d'une appendicite ancienne, d'une appendicite chronique bien antérieure à l'annexite. J'ai rencontré un certain nombre de fois l'appendice pris secondairement à la suite d'annexite droite ou de toute autre lésion pelvienne. Tout récemment encore j'ai trouvé, dans trois ou quatre cas, des appendices ainsi englobés, soit dans une périannexite, soit dans une grossesse extra-utérine, soit contre un kyste de l'ovaire tordu. Mais ici les lésions de l'appendice ne sont plus semblables, elles se font nettement de dehors en dedans ; la surface de l'appendice est rouge, couverte de membranes, la paroi est épaisse, mais souvent la muqueuse est peu altérée. Il y a à peine de folliculite quand les lésions ne sont pas trop anciennes. Mais je le répète, ces cas sont exceptionnels, et le plus souvent l'appendicite plus ou moins longtemps méconnue, est antérieure à l'annexite et indépendante d'elle.

Luxation latérale totale du métatarse.

M. P. Michaux. — La radiographie que je vous présente a été faite il y a deux jours sur un malade de mon service à l'hôpital Lariboisière.

Un ouvrier de trente-deux ans, travaillant au fond d'un puits, est projeté à terre en avant par un éboulement qui l'atteint d'abord

dans la région des reins, puis à la face postérieure de la jambe et sur la région talonnière.

Les symptômes qu'il présente sont peu accusés en apparence, mais en explorant méthodiquement les saillies et interlignes tarso-métatarsiennes, il est facile de se rendre compte qu'il s'agit d'une luxation totale du métatarse plus marquée peut-être en dedans qu'en dehors.

Les luxations totales du métatarse ne sont pas absolument rares, puisque dans son intéressant mémoire publié en 1884 par la *Revue de chirurgie*, M. Chavasse en a relevé 22 cas sur 51 luxations métatarsiennes tant partielles que totales, et M. Cahier 29 luxations totales contre 44 partielles.

La luxation dont je vous présente ici l'intéressante radiographie appartient à la classe des *luxations latérales*. Luxation totale en dehors.

Remarque qui a son importance : le deuxième métatarsien n'est pas toujours fracturé ; 2 fois seulement sur les 6 cas rapportés.

Il en est ainsi dans le cas que je vous présente, mais la radiographie me paraît ici donner une explication de cette particularité quelque peu paradoxale pour qui connaît la disposition normale de l'articulation du 2e métatarsien avec les 1er et 2e cunéiformes.

Sur cette radiographie, on se rend en effet très bien compte que la mortaise qui encastre ordinairement l'extrémité du 2e métatarsien n'existe pour ainsi dire pas ; le 2e cunéiforme n'est pas en retrait par rapport aux deux cunéiformes voisins, ce qui explique bien, me semble-t-il, que le 2e métatarsien ait pu être luxé sans fracture et sans arrachement de son extrémité enclavée.

A ce titre, la radiographie que je présente me paraît particulièrement intéressante.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius.

M. Walther présente deux radiographies d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius avec déplacement transversal considérable et dos de fourchette très accentué. La radiographie faite après réduction de la fracture sous le chloroforme montre la correction complète du déplacement et la contention absolument parfaite des fragments par la position en flexion et en adduction de la main. L'appareil contenteur était l'attelle plâtrée d'Hennequin.

Le Secrétaire annuel,
P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 18 JUIN 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. Potherat, de la part du Dr Matsoukis Cologers (de Constantinople), dépose sur le bureau un travail intitulé : *Calcul volumineux de la vessie. Taille hypogastrique. Suture immédiate de la vessie. Guérison.* — Le travail de M. Matsoukis Cologers est renvoyé à une commission dont M. Potherat est nommé rapporteur.

M. Walther, de la part de M. le Dr Henri Girard, médecin de la marine, dépose sur le bureau un travail intitulé : *Recherches sur l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.* — Le travail de M. Girard est renvoyé à une commission dont M. Le Dentu est nommé rapporteur.

M. le Président annonce à la Société que MM. Poncet, Carlier, Weiss, Ehrmann, Monprofit et Linon assistent à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur le traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.

M. Ricard. — J'ai à communiquer à la Société une observation de M. Hagopoff (de Constantinople) concernant, « un cas de perforation typhique opéré et guéri ». Voici le résumé, en quelques mots : homme de quarante-trois ans, atteint d'une fièvre typhoïde. Le 20e jour, alors qu'il entrait en convalescence, il fut pris vers 4 heures du matin d'une douleur dans le flanc droit, pouls fréquent et rapide, météorisme abdominal, contracture musculaire au niveau de la fosse iliaque droite, facies grippé, nausées, pas de vomissements.

Ces signes s'exagèrent — et le malade est opéré treize heures après. La laparotomie est faite, sous chloroforme, sur la ligne médiane. Une perforation du volume d'une lentille se trouvait à environ 20 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Les surfaces intestinales étant essuyées et débarrassées de leurs fausses membranes à l'aide de compresses stérilisées chaudes, la petite perforation est oblitérée à la soie fine, par quelques points à la Lembert, sur deux plans superposés. Fermeture incomplète de la paroi abdominale, double drainage, et mèches de gaze stérilisée.

Les suites furent rapidement bonnes. Le malade quitta l'hôpital complètement guéri le 45e jour.

A côté de ce cas, je dois en rapporter un autre qui offre quelque particularité. Il s'agit d'un malade qui, au cours d'une fièvre typhoïde traitée par mon collègue et ami M. Mathieu, à l'hôpital Andral, fut pris de phénomènes abdominaux graves : douleur, météorisme abdominal, contracture musculaire, facies grippé, ascension de la température. Le malade fut transporté à l'hôpital Saint-Louis. Les symptômes étaient plutôt atténués quand je vis le malade ; il persistait du ballonnement du ventre, de la défense musculaire et une température élevée ; mais l'état général n'était pas alarmant, néanmoins, je crus devoir intervenir. Dès l'incision péritonéale, l'issue d'un liquide sanieux, démontra manifestement l'infection du péritoine. Je cherchai aussitôt quel était l'état de l'intestin grêle du côté de la région cæcale. Les anses étaient de plus en plus congestionnées et injectées au fur et à mesure que je m'approchais de la terminaison du grêle. Brusquement, sortit une masse formée de plusieurs anses d'intestin agglutinées et recouvertes de fausses membranes. Je décollai ces anses, les débarrassai de leur enduit pseudo-membraneux verdâtres, et je trouvai sur l'une des anses, une surface érodée de la dimension d'une pièce

de cinquante centimes, surface accolée directement à la surface voisine d'une anse intestinale et encerclée d'un bourrelet par des fausses membranes. Sur le fond un peu déprimé de cette surface, trois ou quatre points rougâtres saillants, paraissaient témoigner de perforations oblitérées par des bourgeons charnus. Sans insister sur cette recherche, j'enfouis cette plaque par deux étages de suture au catgut fin, et fermai l'abdomen en drainant.

Les suites furent des meilleures, la température tomba le jour même, il n'y eut aucune réaction opératoire, et le malade quitta l'hôpital trente jours après son opération.

Ce sont là deux faits, qui doivent entrer à titre de documents à verser au débat encore en cours sur les indications de l'intervention chirurgicale dans les perforations typhiques de l'intestin.

A propos du retournement de la vessie.

M. Picqué. — Je regrette beaucoup de ne pas m'être trouvé au début de la dernière séance pour répondre à mon collègue et ami Guinard.

Notre collègue pense que l'inversion de la vessie est la conséquence fatale des résections de l'urètre chez la femme et que si les cas d'inversion n'existent pas dans la science, c'est que ces opérations sont exceptionnelles.

Il y a certainement une double inexactitude dans cette affirmation, et mon cher collègue me pardonnera ma franchise.

D'abord, pour rares que soient ces opérations, des faits d'inversion devraient se produire si l'on accepte la filiation nécessaire indiquée par notre collègue, et je n'ai pu en trouver cependant d'exemples.

Or, contrairement à ce que pense notre collègue, les faits de résection de l'urètre ne sont pas si rares. J'ai pour ma part pratiqué plusieurs fois cette opération et je n'ai jamais observé d'inversion vésicale. On pourrait m'objecter que je n'ai pas revu toutes les malades; c'est vrai, mais si une inversion s'était produite et avait été observée par un autre collègue, il n'eût pas manqué d'en publier la relation.

Quoi qu'il en soit, notre collègue Bazy a suivi 2 de ses malades et n'a pas observé d'inversion. Ce point est donc tranché et l'on ne peut dire que fatalement la résection de l'urètre est suivie d'inversion.

Cette lésion reste donc exceptionnelle eu égard au nombre de cas de résection de l'urètre chez la femme.

Sa pathogénie est plus difficile à interpréter qu'on ne le pense et d'ailleurs nullement comparable à celle de la hernie de la face postérieure de la vessie dans l'exstrophie congénitale.

Son étude appelle donc de nouvelles recherches.

Kyste hydatique du rein.

M. Gérard Marchant. — J'ai eu l'occasion, depuis notre dernière réunion, d'observer un cas de kyste hydatique du rein gauche, et je suis heureux de joindre cette observation à celles de MM. Terrier, Ricard, Bazy, Legueu.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans (1) qui s'est présentée à nous avec une tumeur de l'abdomen siégeant dans le flanc et l'hypocondre gauche. Cette tumeur faisait saillie soulevant la paroi abdominale. La forme était celle d'une aubergine, incurvée vers la ligne médiane.

La *rénitence*, la *fluctuation* démontrèrent la nature kystique de la tumeur. Mais quel était le point de départ de ce kyste?

Il était très mobile dans l'abdomen, allant du petit bassin jusqu'en dessous des côtes, où il disparaissait.

Pendant ces manœuvres, il fut facile de constater que ce kyste mobile, n'avait aucune connexion avec les annexes ou l'utérus. Son ascension ne provoquait aucun mouvement, aucune élévation du corps utérin. Il était donc probable qu'il ne s'agissait ni d'un kyste de l'ovaire (même à pédicule long et grêle) ni d'un hydro-salpinx.

Restait donc à chercher du côté du rein ou de la rate le point de départ de ce kyste hydatique.

Cette origine était d'autant plus probable que la tumeur avait commencé à apparaître au-dessous des fausses côtes. J'éliminai une tumeur rénale, parce qu'il n'y avait aucun *ballottement*, aucune *sonorité en avant* de la tumeur. De plus, il nous fut impossible de trouver aucun antécédent, aucun trouble urinaire.

Restait l'origine splénique; — ce kyste pouvait se réduire, ai-je dit, dans la cavité thoracique — et alors la région splénique, jusque-là sonore, devenait mate. De plus, la circonférence de la poitrine offrait 1 centimètre au moins de différence, par rapport au côté opposé, 33 centimètre 2 à droite, 32 à gauche, et sur ce seul signe je pensai à un kyste hydatique de la rate, tout en faisant

(1) Observation rédigée d'après les notes remises par M. Grosse, interne de mon service.

remarquer que je ne sentais pas son bord antérieur, que la malade n'avait jamais eu de fièvre intermittente, et enfin j'ajoutai que malgré ce diagnostic probable, nous pourrions tomber sur un kyste du rein, en raison des erreurs si souvent commises à ce sujet.

Opération le 16 juin. — Laparotomie le long du bord externe du grand droit gauche. Le péritoine ouvert, on aperçoit au devant de la tumeur une anse intestinale aplatie. La tumeur elle-même n'est pas abdominale; elle est recouverte par le feuillet péritonéal tapissant la paroi postérieure de l'abdomen, extra-péritonéale par conséquent. Ce feuillet péritonéal est incisé, et le kyste, mis à nu, est ponctionné. Il s'écoule environ un litre d'un liquide ayant la limpidité de l'eau de roche. Le kyste vidé, on voit qu'il est implanté sur le pôle supérieur du rein gauche, mobile et déplacé, dont on aperçoit le pédicule vasculaire.

Ce rein est lui-même plus petit qu'à l'état normal. En raison des fortes adhérences qui fixent le kyste, en haut à la coupole diaphragmatique, en bas au pédicule vasculaire du rein, je juge plus prudent de ne pas tenter l'ablation de cette tumeur. Aussi, après avoir extrait sans aucune difficulté la membrane fertile du kyste, et séché et stérilisé la poche adventice avec des mèches de gaze iodoformée, je ferme cette poche en suturant au catgut les bords de l'orifice par un surjet, et en excisant la partie supérieure de la poche. Le rein est lui-même fixé à la paroi abdominale avec le même fil de catgut qui a servi à suturer la poche kystique. Le péritoine postérieur est suturé au-dessus de la tumeur, et le ventre fermé par trois plans de suture sans drainage. Aucun liquide n'a coulé dans le ventre.

Rapport.

Rapport sur un cas de coxa vara de l'adolescence, communiqué à la Société de chirurgie par le Dr Coville, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Orléans,

par M. E. KIRMISSON.

A propos de la communication qui nous a été faite, il y a quelques mois, par notre collègue M. Maunoury, M. le Dr Coville, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, nous a adressé une observation de coxa vara qu'il a eu l'occasion de recueillir.

Il s'agit d'un garçon de seize ans, grand pour son âge, mais peu

musclé et peu vigoureux. Comme antécédents pathologiques, on note chez lui une scarlatine à onze ans, et, vers l'âge de douze ans et demi, un traumatisme qui aurait été le point de départ de l'affection actuelle.

Ce traumatisme aurait consisté en une chute en arrière par suite du recul d'une voiture derrière laquelle il se trouvait. Il put d'ailleurs se relever sans mal apparent, il continua à travailler et revint chez lui à pied. Peu à peu, cependant, il se mit à boiter, et sa claudication s'accentua progressivement, jusqu'à l'âge de seize ans, où il fut examiné par M. Coville.

Le malade marche en se dandinant, et sa démarche rappelle, à première vue, celle de la luxation congénitale unilatérale, avec cette particularité que le malade plonge surtout du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé à la hanche malade.

Lorsqu'on l'examine en avant, on voit que le membre inférieur gauche, plus maigre dans son ensemble, est dans l'extension à peu près complète, combinée à l'adduction et à la rotation en dehors; le pied offre une position modérée d'équinisme. La longueur des membres inférieurs mesurée de l'épine iliaque à la pointe de la malléole externe est de 91 centimètres à droite, et de 87 centimètres à gauche. Mais les deux fémurs ont exactement la même longueur, soit 42 cent 1/2. Le grand trochanter gauche est à 3 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton.

Vu de dos, le malade ne présente pas de scoliose, la fesse gauche est aplatie, le pli fessier abaissé, et le talon reste à plusieurs centimètres au-dessus du sol. La région trochantérienne est très saillante. La branche gauche n'est nullement douloureuse, mais il est impossible d'imprimer à l'articulation aucun mouvement de flexion ou de rotation, sans que le bassin soit immédiatement entraîné. Tout le membre inférieur gauche est le siège d'une atrophie musculaire évidente; la circonférence de la cuisse à sa partie moyenne, mesure 45 centimètres à droite, 40 centimètres à gauche; celle de la jambe, 28 centimètres à droite, et à gauche, 25 centimètres.

La photographie jointe par M. Coville à son observation permet de constater tous les détails que je viens d'analyser. Quant à la radiographie, si l'on veut interpréter d'une façon exacte ses résultats, il faut se rappeler tout d'abord que la position des deux membres inférieurs n'est pas symétrique; le membre gauche étant dans l'adduction jointe à la rotation en dehors, il est facile de comprendre que le col, du côté gauche, paraisse plus court que le droit; mais il y a, en outre, ascension en masse de l'extrémité supérieure du fémur du côté gauche, et c'est cette ascension qui rend compte du raccourcissement.

M. Coville se demande quelle a été la cause de la malformation qu'il a eue sous les yeux. Se fondant sur l'existence de l'ankylose, il croit qu'il y a eu une arthrite de la hanche, arthrite ayant évolué d'une façon lente et insidieuse. Toutefois, il envisage l'hypothèse d'un décollement épiphysaire.

Or, Messieurs, après un examen attentif de la radiographie jointe par M. Coville à son observation, cette dernière hypothèse me semble celle qui doit être admise. Si vous voulez bien, en effet, examiner comme moi l'épreuve qui vous est soumise, vous y verrez que la base du col est dans ses rapports normaux avec le grand trochanter, l'angle que forme entre eux l'axe du col, et celui du corps est le même des deux côtés; il n'y a donc pas affaissement du col fémoral. Mais prolongez par la pensée, du côté interne, ce col fémoral qui est brusquement interrompu, et vous verrez deux choses : D'abord la tête ne surmonte pas, comme à l'état normal, le col fémoral; en outre, si cette tête était surajoutée par vous au col fémoral décapité, vous pouvez vous rendre compte qu'elle dépasserait beaucoup par en haut la cavité cotyloïde normale. Vous pouvez encore aisément vous rendre compte de l'ascension en masse de l'extrémité supérieure du fémur, en considérant par la radiographie que le bord supérieur du col remonte au-dessus du sourcil cotyloïdien. Enfin, dernier argument qui me semble établir d'une façon incontestable l'existence d'un décollement de l'épiphyse supérieure du fémur, on voit manifestement sur la radiographie, entre la cavité cotyloïde et le col du fémur, une masse interposée, masse en forme de croissant, située plus bas que le col fémoral, et qui répond exactement par sa forme et ses dimensions à la calotte sphérique que représente l'épiphyse supérieure du fémur décollée.

Cette radiographie présente la plus grande analogie avec une radiographie de décollement épiphysaire de la hanche gauche que j'ai eu l'occasion de recueillir il y a quelques mois dans mon service de l'hôpital Trousseau, et que j'ai reproduite dans le livre que je viens de publier. Mais, dans mon cas, l'accident était encore récent; il n'est pas étonnant dès lors que les détails soient plus nets que dans le fait de M. Coville, où les lésions remontent à quatre ans.

Dans le fait qui m'est personnel, il s'agit d'une jeune fille de treize ans, qui, en dansant en rond avec ses compagnes, et, sans faire de chute, avait ressenti brusquement une violente douleur dans la hanche gauche. Or, elle avait pu continuer à marcher pendant huit jours. C'est seulement au bout de ce temps, et parce que les douleurs ne s'amendaient pas qu'elle vint à l'hôpital sur les conseils de son médecin; nous pûmes alors constater une cré-

pitation osseuse manifeste dans les mouvements imprimés à la jointure, une rotation totale du membre en dehors, et un raccourcissement de 2 centimètres. La radiographie démontre dans ce cas une ascension du grand trochanter et du col déplacés par rapport à la tête fémorale restée dans ses rapports normaux avec la cavité cotyloïde elle-même. On comprend qu'en pareil cas, une consolidation vicieuse puisse donner naissance à tous les symptômes qui caractérisent la coxa vara, soit l'adduction associée à la rotation en dehors et au raccourcissement.

Nous avons pu voir, dans un autre cas, un affaissement du col fémoral produit chez une fillette de cinq ans par un décollement épiphysaire passé inaperçu.

Il n'est donc pas douteux que le décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur ne doive entrer en ligne de compte dans l'étiologie de la coxa vara.

Il en est du reste de cette déformation comme de toutes les autres difformités dont s'occupe la chirurgie orthopédique. Elle peut être envisagée, soit comme une difformité primitive, soit comme une déformation secondaire, symptomatique d'une autre lésion. C'est ainsi qu'à côté du genu valgum et de la scoliose primitive, il est des cas de genu valgum et de scoliose secondaire.

Ce n'est pas sans un profond étonnement que j'ai vu M. Hofmeister rassembler en un court espace de temps plus de 60 observations de coxa vara; ce n'est pas sans surprise que je le vois compter 21 cas de coxa vara pour 390 coxalgies, soit plus de 5 pour 100, et 22 cas de coxa vara pour 47 du genu valgum. Ces résultats sont en contradiction formelle avec ce que nous avons pu observer nous-même. Aussi avons-nous pensé dès le début qu'on avait confondu sous une même dénomination des affaissements du col fémoral tenant aux causes les plus diverses; aujourd'hui la chose est admise par tous les auteurs qui s'occupent de la question; tous décrivent, à côté de la coxa vara primitive ou essentielle, les différentes sortes de coxa vara secondaires ou symptomatiques, succédant au traumatisme, à l'arthrite sèche, ou à la coxalgie, etc.

Pour ce qui est de la coxalgie, M. Hofmeister lui-même a reconnu qu'il n'avait pas toujours évité l'erreur entre les déformations consécutives à cette dernière affection et la coxa vara primitive ou essentielle.

Cette dernière se rencontre dans deux conditions différentes : dans la première enfance et chez les petits malades qui offrent d'autres manifestations attribuables au rachitisme, et beaucoup plus tard, dans l'adolescence, chez des jeunes gens, et comme déformation isolée. Pour ce qui est de la coxa vara des petits

rachitiques, il ne saurait y avoir de doute, nous en avons tous recueilli des exemples, et, depuis longtemps, Lauenstein en a fourni la preuve sur des pièces anatomiques. Où la discussion s'élève, c'est à propos de la coxa vara de l'adolescence. Elle nous paraît infiniment plus rare que cela n'a été dit par les auteurs allemands, Hofmeister en particulier ; la nature reste aussi fort douteuse. Sans doute, dans le cas qui nous a été récemment présenté par notre collègue M. Maunoury, il ne saurait y avoir de difficulté dans l'interprétation de la nature des lésions, le malade présentant d'autres déformations des membres inférieurs manifestement imputables au rachitisme. Mais le plus souvent, il n'en est pas ainsi, et le doute reste permis sur la véritable nature de la lésion.

En résumé, cette question de la coxa vara des adolescents est loin encore d'être complètement élucidée, tant sous le rapport de sa fréquence qu'au point de vue de sa pathogénie.

Pour ce qui est de la thérapeutique applicable dans le cas de M. Coville, il ne saurait y avoir de doute. Du moment où il y a ankylose de l'articulation coxo-fémorale, le traitement qui s'impose, c'est l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique. Suivie de l'application méthodique de l'extension continue, cette opération aura le double avantage de rendre au membre sa longueur normale, en même temps qu'elle détruira l'adduction jointe à la rotation en dehors, et imprimera à la cuisse une bonne direction.

Comme conclusion de ce rapport, je vous propose, Messieurs, d'adresser nos remerciements à M. Coville pour son intéressant travail qui a eu le mérite de rappeler l'attention sur une question encore insuffisamment élucidée.

Communications.

De l'interposition musculaire dans le traitement des ankyloses osseuses,

par M. NÉLATON.

Le traitement des ankyloses est parfois fort difficile et le rétablissement des fonctions d'une articulation supprimée par une fusion osseuse n'est pas toujours obtenu par une ostéotomie ou par une résection.

La méthode qui consiste à interposer après résection une bandelette musculaire aux surfaces osseuses n'est pas courante. Elle

me paraît cependant toute-puissante pour créer la pseudarthrose. C'est pourquoi désirant attirer votre attention sur cette méthode du traitement je rapporterai les deux observations suivantes :

La première observation est celle d'une jeune femme de trente-trois ans qui entra dans mon service au mois d'octobre 1900.

Cette jeune femme, d'une parfaite santé n'avait jamais été réellement malade jusqu'au mois d'août 1898. A cette époque elle fut prise de rhumatisme articulaire aigu occupant la hanche gauche et les deux genoux. Cette affection aiguë très douloureuse et très intense fut soignée pendant deux mois par M. A. Mathieu à l'hôpital Andral. Lorsque la crise douloureuse fut atténuée, la jeune femme rentra chez elle. Elle conservait une attitude vicieuse de son membre gauche, une raideur de sa hanche gauche et de son genou droit et un état douloureux de ses jointures tel, que tout mouvement lui était interdit. Elle resta chez elle étendue pendant quinze mois; la douleur s'atténua peu à peu, mais le mouvement se perdit de plus en plus, et lorsqu'elle entra dans mon service au mois d'octobre, la malade était incapable de faire quelques pas ou même de se tenir debout. Sa cuisse gauche était fléchie en adduction et en rotation interne l'ankylose de la hanche était absolue et ne permettait aucun mouvement.

Le 19 novembre 1900, j'opérai cette malade; je fis une longue incision antéro-externe qui me permit de découvrir l'articulation de la hanche ankylosée; avec la rugine je dégageai le col fémoral et je mis à nu le sourcil cotyloïdien fusionné avec la tête fémorale. Avec le large ciseau en forme de gouge je dégageai une tête fémorale de la cavité cotyloïde remplie par elle, et une fois le fémur dégagé, j'agrandis le cotyle ainsi découvert; puis, découpant une bande musculaire large de deux doigts et longue de 12 centimètres sur le tenseur du fascia lata, je l'interposai entre les deux surfaces osseuses. Je suturai alors les muscles sectionnés au catgut et la peau aux crins de Florence en laissant un drain qui fut retiré le quatrième jour. La malade fut soumise à l'extension appliquée par M. Hennequin avec une traction de 5, puis de 6 kilogrammes. La plaie était réunie en quinze jours, la malade se leva et marcha au bout de deux mois.

Aujourd'hui plus de deux ans après l'opération, voici l'état dans lequel nous la trouvons : La malade se tient debout, droite, sans que rien paraisse défectueux dans son attitude. Lorsqu'elle marche elle boite, la tête fémorale semblant s'enfoncer dans le bassin; elle a la démarche d'une femme atteinte de luxation congénitale, mais elle ne souffre en aucune façon et peut faire de longues courses sans être gênée. Les mouvements de flexion, d'abduction de rotation sont tous très étendus.

La malade s'assied très facilement et place le pied sur le barreau d'une chaise distant du sol de 32 centimètres.

Elle écarte facilement les cuisses; dans ce mouvement les malléoles internes sont à 1^{m},10 les unes des autres.

En un mot, cette femme qui était une infirme condamnée à l'immobilité au lit, a pu reprendre la vie ordinaire et, tout en boitant, arrive à vaquer à toutes ses occupations.

Mon second opéré est un gros et solide garçon de vingt-neuf ans, jouissant d'une bonne santé habituelle et n'ayant aucun antécédent héréditaire, il n'est ni blennorragique, ni syphilitique, ni alcoolique. Ce garçon a été pris à l'âge de seize ans de douleurs articulaires occupant les hanches et les genoux; cette crise a duré un mois, puis, à dix-neuf ans et à vingt et un ans, il eut de nouvelles manifestations douloureuses mais au niveau des genoux seulement.

Cependant, à la fin de l'année 1893, il fut pris d'une crise beaucoup plus intense et douloureuse que les précédentes. Les douleurs s'étendirent aux hanches, aux genoux, à l'épaule droite et aux articulations du pied. L'état douloureux était des plus pénibles et dura treize mois sans permettre au malheureux de quitter le lit. Au bout de treize mois, ne souffrant plus, il put quitter le lit. Il constata alors que ses hanches étaient soudées et la partie inférieure de sa colonne vertébrale rigide. Il ne pouvait pas s'asseoir et ne pouvait se mettre au lit qu'avec une extrême difficulté. Il ne pouvait marcher qu'avec peine et peu de temps. Au bout de 200 mètres il était pris de dyspnée, de sueurs, et était obligé de s'asseoir.

Cet état persistait, lorsqu'au mois d'octobre 1901 ce malade me fut adressé. Je l'examinai et je constatai outre les troubles fonctionnels que je viens de signaler : l'ankylose osseuse des deux hanches. Les cuisses, fléchies sur le bassin de 50 degrés environ, sont en abduction légère et les genoux restent écartés de 20 centimètres. Du côté des deux genoux on constate de la gêne des mouvements, de la raideur; la flexion est incomplète. Enfin, du côté de la colonne dorso-lombaire les mouvements de flexion et d'extention sont complètement supprimés.

Cependant du côté des autres jointures je constate que les mouvements sont libres. La colonne dorso-cervicale est intacte, les articulations costo-vertébrales aussi et l'expansion du thorax se fait normalement pendant les mouvements respiratoires. En somme, ce malheureux se trouvait en raison de ces ankyloses des hanches, réduit à un état d'infirmité absolue et comme du reste son état général me paraisait excellent qu'il n'avait pas eu depuis quinze mois de poussées aiguës, je pensai qu'on

lui rendrait un signalé service si on lui mobilisait ses hanches.

Mais je connaissais les travaux de M. Marie, je savais quelle était la tendance continue et progressive à l'ankylose des différentes jointures, et je ne voulus rien faire sans avoir pris son avis. M. Marie lui aussi fut d'avis qu'il fallait essayer de mobiliser chirurgicalement ces jointures et je décidai l'opération, qui fut faite le 12 octobre 1901.

Incision de 15 centimètres le long du bord antéro-externe du grand trochanter. Cette incision dépasse de 3 centimètres environ le sommet du trochanter. Le bistouri arrive au contact de l'os, dégage le trochanter, que le doigt reconnaît. Puis le doigt guidant le bistouri, la face antérieure du col est découverte. Cette face antérieure est dénudée aussi loin que possible avec la rugine, le doigt fait le tour du col et reconnaît la fusion osseuse de la tête fémorale avec le cotyle.

A l'union de cette tête fémorale et du cotyle le ciseau courbe est alors placé, — en haut, en bas, et au milieu de la masse osseuse qui unit le col au bassin; — un craquement se fait bientôt entendre et la cuisse peut être mobilisée.

Avec beaucoup de peine et par tâtonnements, j'agrandis alors la cavité osseuse que je viens de créer à la place de l'ancien cotyle, — cet agrandissement se fait avec le ciseau courbe, — puis cette cavité me paraissant assez grande je prends une longue portion, 10 à 12 centimètres, du muscle fascia lata, que je place dans cette cavité, et je fais rentrer derrière lui le moignon du col divisé. Suture des muscles au catgut drainage. Sutures de la peau.

Les suites de cette opération furent simples et l'opéré guérit en trois semaines. Les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin étaient rétablis et la rotation de la cuisse se faisait facilement. Déjà je pensais à faire la même opération du côté gauche, lorsqu'en défaisant l'extension je constatai que l'appareil extenseur avait produit une large et profonde escarre au-dessous de la tête du péroné. Il en résulta la paralysie du nerf sciatique poplité externe, et notre malheureux opéré ne put dès lors exécuter l'extension du pied. Le résultat s'est donc trouvé compromis par ce malencontreux accident qui nous a empêché de recueillir les bénéfices de l'intervention.

Il n'en est pas moins vrai que depuis six mois la jointure est et reste mobile, et que c'est à l'interposition musculaire qu'il faut attribuer, je pense, l'absence de la récidive.

Si j'examine maintenant les résultats que j'ai obtenus par ces interventions et que je les critique, je dirai ceci :

Certes ces résultats ne sont pas parfaits, mais je les crois bons.

La première opérée est une femme qui était immobilisée depuis quatorze mois et qui au bout de six semaines a pu sortir de son lit et commencer à marcher ; au bout de six mois vaquer à ses affaires. Elle reste, à la vérité, incapable de faire une longue course, mais la vie ordinaire lui était interdite, elle lui est redevenue possible.

Chez le deuxième opéré, le résultat que j'ai obtenu est mauvais et le malade ne marche pas plus facilement qu'avant d'être opéré, mais ce résultat mauvais est dû à un accident, à une faute, et on peut se faire fort d'éviter à l'avenir semblable mécompte.

La mobilité de la hanche a été au contraire obtenue par l'ostéotomie de l'ankylose osseuse et une large interposition musculaire. Or, je n'hésite pas à affirmer que la restitution du mouvement de la hanche ankylosée a été due à cette interposition musculaire.

Peut-être pourrait-on me faire différentes objections, peut-être pourrait-on me dire que l'ostéotomie seule avec excision d'une bande osseuse au niveau de la réunion du fémur avec le bassin eût suffi à assurer la mobilité. Or, cela, je ne le crois pas, voici pourquoi :

Il m'est arrivé plusieurs fois d'avoir à traiter des raideurs consécutives au rhumatisme blennorragique. Le massage, la mobilisation sous le chloroforme fréquemment répétés ne m'ayant rien donné dans maintes circonstances, j'ai fait il y a déjà longtemps une ostéotomie trochléiforme par le procédé de Defontaine, pour une ankylose du coude, l'ankylose se reproduisit ; j'ai fait cette année même pour une ankylose *fibreuse* du poignet, une résection de la première rangée des os du carpe, ce qui me donna un écart d'un grand travers de doigt ; malgré des mobilisations pénibles la malade se réankylosa en deux mois.

Enfin, il y a trois ans, M. Hennequin me confia une jeune femme qui avait une ankylose double des hanches, consécutive à une blennorragie. Elle avait, de fait, outre cette double ankylose des hanches une ankylose des vertèbres lombaires et de la raideur de l'épaule droite, elle avait de la spondylose rhizomélique, mais je ne connaissais pas encore cette affection et je la méconnus.

Je fis donc une double ostéotomie des articulations coxo-fémorales avec agrandissement du cotyle à la gouge. J'obtins une mobilité parfaite des hanches. En quinze jours, la guérison de ces deux opérations était obtenue, mais malgré l'extension continue, malgré la mobilisation et les massages, en trois mois l'ankylose se reproduisit. Puis l'ankylose s'étendit aux vertèbres dorsales, la jeune femme se tuberculisa et mourut au bout d'un an.

Elle avait à ce moment les hanches aussi ankylosées et aussi

immobiles que lorsque je l'avais examinée pour la première fois.

D'autres tentatives de résection ont été faites dans des cas de spondylose et je tiens de M. Marie que la récidive ne se fit pas attendre.

Je crois donc que l'interposition musculaire est le moyen le plus puissant que nous ayons à notre disposition pour combattre l'ankylose osseuse d'une jointure, je crois que cette opération est facilement réalisable, et qu'elle doit être préconisée.

Je pense qu'il rendra grand service pour rendre le mouvement à des malades ayant des ankyloses osseuses relevant des causes habituelles. Enfin, dans la spondylose rhizomélique, peut-être pourra-t-on apporter quelque adoucissement à l'infirmité véritable dont ces malheureux sont affligés. C'est au moins ce qui semble ressortir du cas malheureux que je vous rapporte.

Manœuvres abortives. Laparotomie. Guérison,

par M. WEISS (de Nancy).

Une jeune femme, enceinte de trois mois et désireuse de se débarrasser de sa grossesse, se soumet à des manœuvres abortives dans les conditions suivantes : la personne inexpérimentée, qui s'était chargée de ce soin, introduit dans les voies génitales une sonde de Doléris et, sentant une résistance vaincue, croit être dans la cavité utérine, et y pousse une injection de liqueur de Van Swieten avec une seringue. Tout à coup, la patiente ressent une douleur atroce, jette un cri et s'évanouit. Justement alarmé, l'opérateur court chercher un médecin qui, espérant conjurer les accidents, lui administre de l'opium et met une vessie de glace sur le bas-ventre. La nuit suivante est assez calme, mais, le lendemain, le ventre devient douloureux et commence à se ballonner; il y a des vomissements, de la fièvre et le pouls s'accélère. Le surlendemain, la situation s'est encore aggravée et la péritonite n'est plus douteuse. Je suis appelé à ce moment à voir la malade, c'est-à-dire quarante-huit heures après le début. N'ayant pas été mis au courant des manœuvres abortives, je diagnostique une appendicite par perforation avec péritonite, sinon générale, du moins en voie de se généraliser; tout le ventre est, en effet, météorisé et douloureux; le pouls petit, à 110, le facies grippé, et

il y a des vomissements verdâtres. Je conseille la laparotomie immédiate. Renseigné à ce moment plus exactement sur ce qui s'est passé, j'insiste encore plus pour l'intervention, qui est acceptée et pratiquée séance tenante.

L'abdomen ouvert par une incision médiane, je constate une rougeur de tout le péritoine pelvien, qui renferme environ 1 litre de sérosité trouble, dans laquelle nagent les anses intestinales, également très vascularisées. Il n'y a pas trace de fausses membranes, pas de tendance à l'enkystement; la péritonite n'est pas encore générale, mais il est évident qu'elle est en train de le devenir. Après avoir soigneusement abstergé la cavité pelvienne, je me préoccupe de rechercher la perforation, qui doit certainement exister. Le volume de l'utérus gravide me crée, à cet égard, de grandes difficultés; je finis cependant par voir une petite plaie, siégeant à 4 centimètres environ au-dessus du cul-de-sac de Douglas; c'est donc le cul-de-sac postérieur du vagin qui a été percé par l'instrument, et l'injection de liqueur de Van Swieten a été faite dans le Douglas lui-même.

Que fallait-il faire à ce moment? C'est ce que je me demandais avec une vive anxiété. Ce qui me rendait surtout perplexe, c'était la conviction que l'avortement serait la conséquence forcée de toutes ces manœuvres. Or, j'étais encore sous l'impression pénible que m'avait laissée une intervention faite, il y a deux ans, sur une femme enceinte de huit mois et atteinte d'appendicite. L'opération avait bien réussi et me promettait un succès, quand l'apparition du travail avait réveillé la péritonite et amené la mort. Je me demandais donc s'il ne valait pas mieux sacrifier l'utérus avec le produit de la conception, ou, tout au moins, le débarrasser séance tenante par le curage digital. Comme, en somme, il ne s'agissait que d'une grossesse de trois mois, je me décidai, en fin de compte, à courir les risques d'une fausse couche et à renoncer à toute intervention sur l'utérus. Je me contentai donc de faire un large drainage, à la fois par l'abdomen et par le vagin, en me servant d'un gros tube de caoutchouc entouré de gaze iodoformée. La profondeur du cul-de-sac de Douglas, due à la présence de l'utérus gravide, légitimait spécialement l'ouverture du Douglas par la colpotomie. Je terminai l'opération, qui avait duré une dizaine de minutes, en injectant à la malade 1 litre de sérum artificiel.

Le lendemain, la situation de la malade s'était un peu améliorée; mais dans la nuit survinrent les signes d'une fausse couche, coliques violentes, écoulement de sang par les voies génitales. Mon interne, sentant l'œuf dans le vagin, put l'enlever sans déplacer le drain; pour éviter l'infection péritonéale, il fit une

désinfection rigoureuse avec des tampons secs de gaze aseptique, ce qui fut continué les jours suivants.

Ainsi que je l'avais prévu, l'avortement fut suivi d'une exacerbation de tous les symptômes péritonéaux, et pendant trois jours la patiente fut littéralement entre la vie et la mort. Le pouls était à 140. La température très élevée. Le ballonnement généralisé.

Néanmoins, grâce à des injections massives de sérum, et à la glace sur le ventre, elle finit par surmonter les accidents, tout en présentant pendant près de quinze jours de la fièvre et des vomissements incessants. A l'heure actuelle, elle est parfaitement remise, ne gardant qu'une légère éventration au niveau du drain abdominal.

Cette observation me paraît intéressante à plusieurs points de vue.

La péritonite, provoquée par la petite perforation du Douglas et l'injection de liqueur de Van Swieten ne paraît pas avoir eu d'emblée un caractère très septique; il est vraisemblable même que l'infection s'est faite tardivement par l'orifice du cul-de-sac vaginal; c'est ce qui m'a permis d'obtenir un succès par l'intervention tardive, puisque je n'ai été appelé à voir la malade que quarante-huit heures après les manœuvres abortives.

Le drainage large par l'abdomen et le vagin a pu conjurer les accidents; mais il n'en est pas moins vrai que l'apparition du travail a mis la malade en grand danger, et il y a lieu de se demander si, en pareil cas, on ne devrait pas interrompre la grossesse, de façon à ce que tout soit terminé dans une même séance. Dans une grossesse de trois mois, si je me décidais à agir sur l'utérus, je donnerais la préférence au curage digital, qui constitue un traumatisme infiniment moins grave que l'hystérectomie abdominale.

D'autre part, il me semble que si le chirurgien était appelé immédiatement après des manœuvres abortives semblables, il y aurait intérêt, sans attendre les accidents péritonéaux, à rechercher la plaie vaginale et à drainer d'emblée le cul-de-sac de Douglas, de façon à évacuer l'injection qui y aurait été poussée.

Du rôle de l'angle colique gauche dans les occlusions intestinales. Importance prédominante des petites brides péricoliques,

par M. E. QUÉNU.

M. le D[r] Terrier, dans la séance du 22 avril, nous a fait une importante communication sur le rétrécissement de l'angle gauche du côlon. M. Terrier eut l'idée de rétablir le cours des matières en créant une communication entre la partie gauche du côlon transverse et la partie inférieure du côlon descendant à son union avec l'anse sigmoïde, et son opération fut suivie d'un plein succès.

Cette communication appelle la discussion sur deux points : la pathogénie et la thérapeutique.

La pathogénie de ces rétrécissements ou mieux de ces occlusions reste obscure, malgré les recherches des Lyonnais et en particulier d'Adenot et de Glénard.

Il venait tout naturellement à l'esprit d'accorder une influence causale à l'exagération de la coudure normale et de rechercher ce qui pouvait bien produire cette exagération. Mais si j'ai bien compris, telle n'a pas été l'idée primitive des auteurs lyonnais. Ils incriminèrent d'abord, en effet, non l'exagération de l'angle, mais sa mauvaise suspension. Ils pensèrent avec Glénard que le ligament suspenseur devenant insuffisant, l'angle colique s'abaisse et se trouve exposé à la compression par le paquet d'intestin grêle; ce serait donc une occlusion par compression directe; cependant en cas d'entéroptose, l'exagération de l'angle pourrait devenir nuisible et mener à l'occlusion.

Ainsi d'après ces auteurs, le défaut comme l'excès de suspension de l'angle colique conduirait au même résultat.

M. Terrier, qui nous a donné l'analyse détaillée de ces travaux, paraît attribuer peu d'influence à l'action des anses grêles et conclure que lorsque le côlon transverse s'abaisse, l'angle colique devient de plus en plus aigu et « qu'on peut y concevoir la formation d'une valvule plus ou moins perméable ».

Nous avons voulu, avant de prendre la parole, contrôler les recherches d'Adenot et constater par nous-même l'influence que peut avoir l'abaissement ou l'élévation de l'angle splénique sur la circulation des matières dans le gros intestin.

Nous avons commencé nos recherches par l'examen anatomique de l'angle splénique; nous avons vérifié le bien fondé des conclusions de Jonnesco (Anatomie de Poirier), à savoir une très grande variabilité dans la situation, les rapports et la fixité de cet angle colique gauche. Nous avons vu ses moyens d'attache se fixer tantôt aux 7[e] et 8[e] côtes, tantôt plus bas.

Chez un enfant de deux à trois ans, le ligament se perdait au devant du rein, sans connexion avec les cartilages costaux ou les côtes.

Chez un sujet de trente-quatre ans, l'angle colique gauche descendait au-dessous de l'hypocondre, dans la région du flanc, à 3 centimètres à peine de la crête iliaque, tandis que chez un autre sujet, âgé de soixante-dix ans, cet angle colique s'élevait à 14 ou 15 centimètres de la crête iliaque jusqu'au sommet de l'hypocondre.

Les rapports du grand épiploon, qui règle et fournit les moyens d'attache de l'angle colique, offrent également une notable diversité. Chez un sujet homme de cinquante-quatre ans, la terminaison du côlon transverse était cachée par le grand épiploon qui l'engainait en avant. En ouvrant l'épiploon gastro-hépatique, on pouvait s'assurer que cette portion terminale du côlon transverse faisait librement saillie dans l'arrière-cavité des épiploons, avec ses franges libres et la saillie libre des bosselures, sans aucune adhérence qui permît d'interpréter cette disposition comme le résultat d'une péritonite ancienne.

L'angle splénique n'est d'ailleurs pas seulement à envisager dans l'étude des conditions mécaniques qui règlent la circulation intra-intestinale : la situation du cæcum, l'angle à sinus antérieur qu'il fait avec le côlon ascendant, l'angle hépatique du côlon, la longueur et la direction du côlon transverse sont sujets à une extrême variation.

Chez un sujet de soixante-cinq ans, l'angle colique droit n'offrait aucune attache avec la paroi abdominale; son méso mesurait 8 centimètres, et sa mobilité était telle qu'on pouvait amener le côlon ascendant au contact de la crête iliaque gauche (1).

Malgré toute cette variabilité, quelques caractères communs se dégagent, qui peuvent influencer la circulation intra-intestinale. Certaines portions, toujours les mêmes, du gros intestin sont dilatées. Chez un sujet de soixante-dix ans, le côlon transverse formait un véritable oméga renversé, et, de l'angle hépatique au splénique, nous n'avons pas relevé moins de huit coudures. Le cæcum et le côlon transverse avaient une capacité de 4 litres.

D'autres sont revenues sur elles-mêmes et plus ou moins cylindriques.

Le cæcum, et principalement le cul-de-sac sous-jacent à l'embouchure iléale ou cæcum proprement dit, offre d'ordinaire le maximum de dilatation, puis la dilatation s'atténue jusqu'à l'angle hépatique.

(1) On conçoit que, dans des cas de pareille mobilité, des chirurgiens aient pu hésiter entre une tumeur du côlon et un rein mobile.

Le côlon transverse est tantôt très, tantôt moyennement dilaté; il est rare que ses bosselures ne soient pas très accusées; mais à partir de 2 ou 3 centimètres en amont de l'angle splénique, le calibre de l'intestin devient petit et reste petit dans toute l'étendue du côlon lombaire et du côlon iliaque; la portion d'anse sigmoïde mobile reprend un gros calibre et aboutit au rétrécissement qui marque le haut de l'ampoule rectale.

En somme, les parties dilatables et souvent dilatées du gros intestin sont celles qui sont mobiles, munies d'un méso. Les parties les plus rétrécies sont celles qui sont appliquées par le péritoine contre la paroi abdominale. Est-il juste de dire que l'angle colique gauche constitue une sorte d'obstacle normal, physiologique, au cours des matières? Je ne le crois pas; je pense que cet angle n'offre pas plus d'obstacles que les autres coudures et, en particulier, qu'une coudure située dans un plan antéro-postérieur, un peu au-dessus du cæcum.

J'ai vu assez souvent le péritoine former là comme une bande de trois travers de doigts, passer sur le côlon ascendant et l'aplatir en déterminant la formation d'un angle aigu ouvert en avant.

Tout au plus peut-on estimer que chaque changement de direction, chaque coudure intervient pour épuiser la force du courant intra-intestinal, de telle sorte que cette force serait d'autant plus amoindrie qu'on se rapprocherait de l'ampoule rectale.

Cette conception n'aurait d'importance prédominante que si la seule force propulsive était la *vis a tergo*, c'est-à-dire la poussée continue venue de l'intestin grêle; en réalité, la force principale est empruntée à la musculature de chaque segment du gros intestin. Les dilatations que nous observons et que nous trouvons d'autant plus prononcées que nous étudions le gros intestin chez le vieillard, correspondent à une musculature forcée; elles nous indiquent la résistance que la contraction intestinale a rencontrée au delà d'elles. Or, en étudiant la série de dilatations, on voit que chacune a sa raison d'être dans une coudure en aval. Le maximum de résistance serait donc indiqué et mesuré par le maximum de dilatation qui correspond à une stase stercorale en amont.

A ce point de vue, la dilatation du cæcum dont le contenu rencontre la double disposition angulaire mentionnée plus haut (angle colo-colique, plan antéro-postérieur) et colo-colique (plan latéral), devrait être maxima, et elle l'est en réalité. Si l'angle splénique était le point d'arrêt principal, le côlon transverse devrait toujours être tout entier dilaté; or, il ne l'est souvent que partiellement et toujours moins que le cæcum.

Je conclus donc qu'à chaque dilatation correspond un obstacle.

A la dilatation cæcale, les angles coliques droits; à la dilatation

moindre du transverse, l'angle splénique ; à la dilatation de l'anse sigmoïde, la pénétration antéro-postérieure de l'intestin dans le plancher pelvien et le changement de direction qui en résulte; à la dilatation ampullaire du rectum, la traversée sphinctérienne.

Chaque dilatation, ai-je dit, est le résultat d'une stase stercorale amenant une modification permanente de la musculature intestinale. On peut s'assurer que chez l'enfant nouveau-né, le gros intestin dont les diamètres s'éloignent beaucoup moins de ceux de l'intestin grêle, a un calibre à peu près uniforme; le cæcum a la forme d'un cylindro cône à base tournée vers le côlon, le transverse est cylindrique, l'ampoule rectale n'existe pas. Chez le vieillard, les dilatations et les coudures sont poussées à l'extrême : aux angles constants s'ajoutent des coudures nouvelles résultant de l'allongement du côlon, coudures qui, à leur tour, sont causes de dilatations nouvelles qui viennent ainsi accroître, à l'extrême, l'amplification du gros intestin.

En résumé, l'étude anatomique du gros intestin, chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard, ne démontre en aucune manière l'existence d'un obstacle spécial au cours des matières à l'angle gauche du côlon. L'importance que l'École lyonnaise a attribuée au ligament qu'elle a décrit me paraît fort exagérée. Voilà un ligament dont l'importance est telle que toute la mécanique intestinale est viciée, ou s'il suspend trop ou s'il suspend trop peu.

Or, que nous apprend l'observation anatomique? c'est que cet angle que le fameux ligament est chargé de maintenir, varie à l'infini, et de situation, et de fixité, et d'ouverture; qu'il en est plus encore de l'angle hépatique dont la mobilité peut être extrême. Si ces angles avaient l'importance qu'on leur attribue, les accidents d'occlusion devraient être incessants.

M. Adenot a tenté de confirmer l'importance du rôle de l'angle colique gauche à l'aide d'expériences cadavériques. Voici ce qu'il dit de ces expériences dans son article de la *Revue de chirurgie* : « Dans une série d'expériences cadavériques, l'intestin étant en place, nous avons pu, après l'avoir météorisé artificiellement, nous rendre compte *de visu* de l'efficacité de cette cause d'occlusion. Bien plus, cette occlusion étant complète au point que des gaz contenus dans le côlon transverse dilaté ne pouvaient absolument pas passer dans le côlon descendant, la section totale du ligament supérieur colique gauche suffisait parfois à lever l'occlusion. »

Ainsi le procédé expérimental de M. Adenot consiste à météoriser l'intestin : on peut, en effet, en météorisant à outrance, interrompre la circulation dans toute espèce de segment intestinal, et M. Adenot en fait l'aveu explicite dans cette phrase : « Lorsque

le météorisme est poussé un peu loin, il peut devenir à lui seul une cause d'occlusion. »

Nous savons tous, en effet, que, dans un intestin inerte, par exemple dans la paralysie qui accompagne la péritonite, la distension gazeuse crée l'occlusion dans chaque anse grêle, et que la ponction d'une anse n'évacue que le contenu de cette anse sans lever l'obstruction de l'anse voisine. Donc, rien de spécial à l'angle sous-costal gauche dans ce mécanisme d'obstruction par météorisme extrême : la coudure splénique n'est qu'un facteur accessoire, comme toute autre coudure du côlon et un simple cas particulier.

Dans nos expériences, qui ont porté sur plus de vingt sujets, nous avons procédé tout autrement. Voici le dispositif adopté :

Dans l'intestin grêle sectionné à 15 ou 20 centimètres du cæcum, nous introduisons une canule continue d'autre part, à l'aide d'un tuyau en caoutchouc, avec un récipient renfermant 4 litres d'eau. Ce récipient peut être levé à différentes hauteurs à l'aide d'une poulie ; en général, il nous a suffi d'une hauteur de 40 à 45 centimètres, en comptant du niveau de l'eau au plan horizontal passant par le gros intestin.

D'autre part, l'anse sigmoïde avec un bout de côlon iliaque est détachée, sectionnée et pend hors du ventre, de façon à laisser s'écouler l'eau dans un cristallisoir, et à pouvoir juger du débit et de la force du jet. Les premières minutes de l'expérience réalisent assez bien les conditions ordinaires de la circulation intestinale : le gros intestin contient, en effet, à ce moment, des gaz, des matières semi-solides et du liquide.

Pendant tout le temps de l'expérience, le contenu n'est jamais entièrement liquide, il reste toujours des gaz qui circulent en même temps que l'eau.

Des expériences ont été faites en présence de mes élèves, quelques-unes en présence de M. Fredet, prosecteur à la Faculté, de MM. Herbet et Dujarier, de mes internes, MM. Rénon et Duval, prosecteur à la Faculté.

Le résultat n'a pas varié.

Lorsqu'on ouvre le robinet d'écoulement, l'eau commence par remplir le cæcum et par s'y accumuler ; lorsque la réplétion arrive jusqu'à la distension, l'eau gagne le côlon ascendant en franchissant l'angle antéro-postérieur, puis distend le reste du côlon ascendant, pénètre après quelque arrêt dans le côlon transverse qu'elle distend avant d'apparaître dans le côlon lombaire et de s'écouler au dehors. Ainsi, réplétion de chaque partie dilatée, certain degré de tension nécessaire pour vaincre le petit obstacle créé par chaque coudure, voilà ce que nous observons.

L'écoulement d'eau bien établi, nous avons cherché à réaliser les différentes causes capables de le modifier. Nous avons tout naturellement tenté l'effacement de l'angle colique gauche, et nous avons commencé nos expériences avec l'idée qu'on pouvait, en effet, effacer l'angle et ralentir, sinon suspendre, l'écoulement. Pour cela, nous avons attiré au maximum le côlon transverse en bas, en exerçant de fortes tractions sur le grand épiploon. Nous avons exercé des tractions perpendiculairement, obliquement dans les deux sens; nous avons fait tirer en haut sur le fameux ligament suspenseur, en même temps qu'on tirait en bas sur le côlon transverse; nous avons directement rapproché, en les mettant en contact, le côlon transverse et le côlon lombaire, de manière à rendre l'angle aussi aigu que possible, et à exagérer son éperon. Or, toutes ces manœuvres modifient peu ou prou l'écoulement d'eau et ne le suppriment en aucun cas.

Parfois l'écoulement peut être supprimé sans que l'angle intervienne. Chez un sujet de trente-quatre ans, chez lequel il avait fallu élever le récipient de 12 centimètres plus haut pour voir l'eau gagner l'S iliaque, à un moment donné, sans cause apparente, l'écoulement fut supprimé. Je libérai complètement le côlon lombaire jusqu'au côlon transverse, en le détachant jusqu'à l'angle; le liquide ne s'en écoula pas davantage; alors je fis, de place en place, sur le côlon transverse, de petites incisions pour trouver le point d'arrêt. Aucun écoulement; incision à 5 centimètres en amont de l'angle; l'écoulement apparaît.

L'obstacle venait donc non de la coudure, mais de la rétraction cadavérique de la terminaison du transverse qui, chez ce sujet, était aplati et revenu sur lui-même.

Chez le sujet de soixante-dix ans, à la disposition en Ω du côlon transverse, l'eau ne s'écoulait pas, même l'intestin enlevé et mis sur la table; les bosselures et les coudes suffisaient à épuiser la force du courant.

Différentes conditions régissent donc l'écoulement, mais une coudure, fût-ce celle de l'angle splénique exagérée, ne suffit pas à l'interrompre.

Il en de même si de l'air circule en même temps que du liquide dans l'intestin.

On peut m'adresser cette juste objection que dans le gros intestin, il ne circule pas du liquide, mais une boue plus ou moins épaisse, voire des matières consistantes; sans doute; aussi ne demandais-je pas à la coudure expérimentale de produire l'arrêt dans l'écoulement de l'eau et des gaz, mais une modification dans cet écoulement.

Du reste, rien de surprenant, il faut bien l'avouer, à ce que

l'exagération de l'angle splénique ne suffise pas à créer une obstruction complète ; faites l'expérience suivante : les organes étant en place, insufflez de l'air dans la terminaison de l'intestin grêle, rapprochez le côlon transverse du côlon lombaire en canon de fusil. Puis, après ligature et résection du segment, faites sécher, en les suspendant par l'angle, les tronçons de côlon accolés l'un à l'autre.

La dessiccation obtenue, si vous taillez une fenêtre au niveau de l'angle, vous constaterez qu'il y a bien là un fort éperon, mais qu'au-dessus de l'éperon reste un dôme, un espace insuffisamment large pour assurer la communication entre le transverse et le lombaire. Voici, en particulier, une pièce où, l'angle était élevé, le calibre rétréci; l'intestin ayant été simplement insufflé sans distension et l'angle porté au maximum de coudure, on voit qu'il reste un bon espace libre au-dessus de l'éperon.

Je crois avoir prouvé que jusqu'ici ni les raisons anatomiques, ni les expériences ne démontrent que l'angle splénique joue un rôle spécial et prédominant dans l'arrêt des matières. Les preuves cliniques sont-elles plus démonstratives ?

Voici celles que donne M. Adenot. Remarquons d'avance que tous les faits qu'il cite sont des cas d'occlusion post-opératoire.

Premier exemple. — « M. le professeur Gross (communication orale) a constaté chez deux de ses opérés des phénomènes d'occlusion absolue qui *très certainement* doivent être expliqués par notre théorie de l'angle colique sous-costal gauche. »

Deuxième exemple. — Cas de Riche (*Gaz. des hôp.*, 1896), résumé : après une opération de cure radicale de hernie se déclarent des accidents d'occlusion : on avait lié la partie inférieure de l'épiploon, ce qui avait occasionné un froncement du tablier épiploïque formant une sorte de *hotte* dans laquelle s'était engagée la masse de l'intestin grêle; le poids de cette masse, en tiraillant le côlon transverse, contribuait à accuser l'angle colique sous-costal gauche qui se trouvait obstrué : en outre, les anses grêles dilatées comprimaient le côlon descendant.

Troisième exemple. — Au congrès de chirurgie de Bordeaux de 1895, M. Legueu rapporte quatre observations d'occlusion post-opératoire parmi lesquelles un cas mortel sans trace de péritonite et dû à une paralysie sans obstacle mécanique. Cette observation, dit M. Adenot, parait se rapporter à notre pathogénie.

Il termine enfin par deux faits relatés dans la *Gazette hebdomadaire* de 1895 et tirés du service du professeur Laroyenne. Une malade opérée pour un kyste de l'ovaire avec quelques adhérences pariétales présente, quarante-huit heures après l'opéra-

tion, du ballonnement, des vomissements et une absence d'émission de gaz. Mort le 7e jour.

A l'autopsie on trouve le côlon transverse très dilaté; le côlon descendant est très ratatiné. Angle très aigu au niveau du coude gauche. Dans l'angle de ces deux parties sont emboitées des anses intestinales dilatées, déterminant une forte pression sur l'angle colique.

L'observation reste muette sur le pouls, la température. La malade a-t-elle succombé à l'infection péritonéale avec inertie intestinale ou à une véritable occlusion? on ne sait.

On peut se convaincre, à la lecture de ces résumés, qu'il n'existe là aucun fait probant, aucune constatation précise faite au cours d'une intervention opératoire, un lever d'obstacle suivi d'un rétablissement du cours des matières, mais de simples affirmations à l'appui d'une interprétation théorique.

L'observation de M. Terrier a une tout autre importance. Mais je fais remarquer qu'il n'est pas question, dans cette observation, de véritable occlusion. La malade souffre du ventre, avec douleurs paroxystiques localisées dans le flanc gauche; ses matières non déformées, renferment du sang et des lambeaux pseudo-membraneux, sans glaires.

Une laparotomie exploratrice permet de constater quelques brides unissant entre elles quelques anses intestinales. Le côlon transverse était dilaté et cette dilatation cessait juste un peu en avant de l'angle colique, point à partir duquel le côlon descendant présentait un calibre certainement rétréci ; M. Terrier conclut de ces constatations qu'il y avait, au niveau de l'angle colique, une sorte de rétrécissement par coudure à angle très aigu, du gros intestin, rétrécissement expliquant la constipation et les crises douloureuses.

Son opinion paraît bien recevoir une confirmation des bons résultats de l'opération qui eut pour effet, de suppprimer le passage par l'angle splénique, en établissant un chemin de traverse entre le côlon transverse et le côlon lombaire. Je me demande toutefois si cette opération n'est pas susceptible d'une autre interprétation.

Le contraste observé entre le côlon transverse dilaté et le côlon descendant vide, la limite de la dilalation un peu en amont de l'angle sous-costal gauche ne me semblent pas des raisons absolument péremptoires, parce que cette disposition, je la retrouve fréquemment, sinon d'une manière presque constante, chez les sujets, et c'est la raison pour laquelle j'ai commencé cette communication par des observations anatomiques indispensables. L'argument thérapeutique est, quant à lui, irréfutable.

La malade de M. Terrier a été revue quatre mois après l'opération. La disparition des douleurs, la bonne digestion des aliments, la régularité des garde-robes, tout cela s'est maintenu, et force nous est de reconnaître qu'il devait exister un obstacle incomplet dans le segment de l'angle sous-costal. Cet obstacle est-il fatalement une coudure exagérée de l'angle splénique? voilà ce que je vais discuter.

La situation élevée de l'angle colique dans l'hypocondre, son acuité, la différence de calibre entre le côlon transverse et le côlon descendant, tous ces arguments, je les ai analysés et critiqués d'une manière générale dans la première partie de ce travail, et j'ai montré, je crois, leur insuffisance.

M. Terrier me pardonnera de vouloir substituer, pour son fait particulier, une hypothèse à la sienne : cette théorie, j'essaierai de la généraliser ou tout au moins d'en faire l'application à d'autres faits connus.

Dans mes recherches cadavériques j'ai été frappé par un fait, c'est que, chez certains sujets qui, d'ailleurs, ne présentent nulle part ailleurs aucune autre trace d'adhérences, de brides ou de fausses membranes, il existe le long du gros intestin et peut-être plus spécialement dans la dernière partie du transverse et près de l'angle splénique, de petites brides dirigées perpendiculairement à l'axe du gros intestin; ces petites brides sont constituées par des franges épiploïques reliées au grand épiploon.

Nous les avons rencontrées particulièrement chez un sujet de quatre-vingt deux ans et chez un autre de soixante et un ans. Chez ce dernier, qui était émacié, le côlon transverse était hérissé de franges épiploïques, et une de ces franges, réunie par un tractus fibreux au grand épiploon, creusait un sillon sur la terminaison du transverse. J'ai montré ces brides fibreuses à mes élèves et à mes internes Rénon et Duval (1).

Chez un troisième sujet, dont la préparation fut faite par M. Heitz-Boyer, mon interne, une bride constituée par l'union d'une frange épiploïque au grand épiploon s'observait à une faible distance en avant de l'angle splénique; lorsqu'on venait à tirer sur le grand épiploon, on tendait cette bride et on étranglait le côlon.

Il va sans dire que des nappes d'adhérences plus importantes

(1) Chez un sujet de quarante-sept ans, on observait au milieu du transverse, et partant de la bande postérieure, un faisceau large de 3 centimètres qui allait s'insérer à la racine du mésentère en faisant une sorte de pont, ou mieux de diverticule, car il était fermé à une extrémité. Cette bride était très profondément située, et il eût été difficile de la découvrir au cours d'une intervention.

se rencontrent assez fréquemment, partant principalement du grand épiploon. Celui-ci est loin d'avoir toujours sa situation normale au devant la masse intestinale; non seulemeut il est souvent rétracté vers le côlon transverse et atrophié au point que dans nos laparotomies nous ne pouvons l'utiliser et l'abaisser comme un tablier protecteur en arrière de notre suture abdominale, mais encore il est parfois rabattu vers l'épigastre et les hypocondres, et maintenu dans cette position vicieuse par des adhérences.

Toutes ces productions pathologiques se remarquent et se notent facilement, soit aux autopsies, soit au cours d'opérations, et je n'ai pas la naïve prétention de découvrir les adhérences péritonéales, mais la particularité que je signale et que je crois peu ou pas connue, c'est celle de brides très petites, en ficelles, barrant et sillonnant la fin du transverse. Pour voir et trouver ces brides minuscules, il faut être prévenu de leur existence et les chercher en soulevant avec une pince les franges au niveau des sillons qui séparent les bosselures. On conçoit que ces petites cordes gênent le libre développement du gros intestin et apportent un obstacle à la circulation facile des gaz.

Leur rôle pathologique peut-il devenir plus important? la gêne circulatoire qu'elles entretiennent peut-elle s'élever jusqu'à l'occlusion véritable? Je puis, à cette question, répondre par l'affirmative. J'ai été appelé en consultation le 30 décembre dernier (1901) par mon maître et ami le Dr Guyot, auprès d'un malade, M. B..., âgé d'une cinquantaine d'années, dont l'histoire était la suivante : santé bonne, sauf quelques troubles dus à une albuminurie de vieille date, mais tendance à la constipation. Le vendredi matin 27 décembre, se sentant un peu embarrassé du ventre, M. B... prit un purgatif salin, puis se rendit en voiture à son bureau. Là, il eut une garde-robe, mais il fut pris, en allant à la selle, de douleurs extrêmement vives dans le ventre, et, au lieu de rentrer directement chez lui, se fit conduire en voiture chez M. Guyot. M. Guyot nota spécialement des douleurs en barre dans le haut du ventre. Le samedi 28 et le dimanche 29, les douleurs de ventre continuèrent avec prédominance nette à gauche, au-dessous du rebord costal; quelques gaz furent obtenus à l'aide de grands lavements; pas de purgatifs. M. Guyot s'était borné à faire appliquer des compresses chaudes et à faire prendre au malade une infusion chaude.

Le lundi matin, je trouvai M. B... dans l'état suivant : apyrexie complète, pouls à 90; facies anxieux, sensation de distension abdominale et point douloureux un peu en avant du flanc gauche; pas de vomissement, pas de hoquet, pas de gaz; pas une garde-robe

depuis vendredi soir. Le ventre est météorisé, mais d'une façon très inégale; la fosse iliaque droite est très tympanisée, ainsi que l'épigastre et la région ombilicale; mais l'hypogastre est flasque, et le flanc gauche assez souple à la simple inspection; l'aspect aplati de l'étage inférieur du ventre contraste avec le météorisme de l'étage supérieur. D'autre part, l'existence du point douloureux fixé sous le rebord costal gauche et la non-distension du côlon descendant nous portent à penser qu'un obstacle occupe la terminaison du côlon transverse; aucun amaigrissement, toucher rectal négatif, aucun empâtement dans aucun point du ventre. Nous revoyons le malade le lundi soir; il a rendu quelques gaz spontanément, mais ne se sent pas soulagé, et son météorisme persiste; le mardi matin 31, nous conseillons l'électrisation du ventre, qui donne une émission de gaz à une première séance, et aucun résultat à une deuxième séance. Le mardi après-midi, nous sommes réunis en consultation, MM. Guyot, Le Gendre, Berger et moi. Nous adoptons tous le même avis d'un obstacle occupant vraisemblablement la fin du transverse. L'opération est conseillée et acceptée par la famille. Elle est pratiquée le 1er janvier 1902, en présence de M. Guyot, avec l'assistance de mes internes et de M. Longuet.

Une canule en caoutchouc a été placée d'avance dans le rectum.

Laparotomie médiane: le cæcum et les 4/5 du côlon transverses sont extrêmement distendus par des gaz, mais, à l'union environ des 1/5 gauche avec le reste, l'intestin est plat; à ce niveau nous observons une bride constituée par une adhérence ancienne entre une frange épiploïque appartenant au côlon transverse et le grand épiploon. Je sectionne la petite corde agent de l'étranglement, et aussitôt, en appuyant sur la partie distendue du côlon transverse, j'obtiens ce que je n'avais pas obtenu avant la section, à savoir la réplétion du segment gauche du côlon et surtout l'émission bruyante de gaz par la canule rectale.

J'explorai attentivement le reste du côlon transverse et l'angle colique qui était haut situé dans l'hypocondre; je trouvai encore de petites adhérences tenues, échelonnées sur le gros intestin presque vers l'angle, je les déchirai, puis je m'assurai que, soit au niveau de l'angle, soit le long du côlon descendant, il n'existait aucun néoplasme.

Les suites furent très simples. Le malade rendit des gaz au bout de quarante heures et des garde-robes au bout de trois jours; il quitta la maison de santé le 22 janvier; et depuis, sa santé est demeurée parfaite.

Le point sur lequel j'insiste est donc celui-ci : la ténuité de

l'obstacle, sa dissimulation et néanmoins son rôle suffisant pour déterminer des accidents graves d'occlusion. Mon malade a bien de temps en temps rendu des gaz, principalement sous l'influence des lavements et de l'électrisation, mais il restait plus de trente-six heures sans en rendre, et même, après l'émission de quelques gaz, il ne ressentait aucun soulagement et se sentait ballonné.

On conçoit très bien que ces petites adhérences n'aillent pas jusqu'à former cercle autour de l'intestin et jusqu'à l'enserrer complètement, mais se bornent à gêner son expansion et soient cause de rétention temporaire de gaz, de constipation opiniâtre et des petits malaises auxquels faisait allusion M. Reynier.

J'incline à penser que souvent ce qu'on prend pour des dilatations d'estomac sont des dilatations d'intestin et que la dilatation intestinale a son origine ailleurs que dans une anomalie de coudure. La fréquence des petites adhérences péritonitiques est extrême, et ce qu'il faut savoir, c'est qu'elles sont susceptibles de se produire à une grande distance de la lésion qui en est pourtant responsable.

Les lésions du cæcum en particulier étendent leur action néoformatrice jusqu'au pôle opposé de la cavité abdominale. M. Du Castel a signalé les adhérences étendues du grêle dans les cas de cancer du cæcum; j'ai moi-même il y a trois semaines opéré un cancer du cæcum qui avait occasionné une telle fusion des anses grêles entre elles qu'il me fallut les séparer à coups de ciseaux afin de reconnaître l'anse terminale et la réséquer; mais c'est surtout dans l'appendicite que la formation des brides et des adhérences à distance est observable. C'est là un fait bien décrit et bien connu aujourd'hui et dont la thèse de Levret (Paris 1899) donne un bon résumé.

Le tableau clinique offert par ces suites éloignées de l'appendicite c'est-à-dire en somme par les brides péritonitiques ou par des adhérences, est tellement semblable dans certains cas, à celui que théoriquement présenterait une oblitération incomplète de l'angle splénique, que dans une observation que je rapporte ici, le malade ne se plaignant que du côté gauche, et les médecins croyant sentir une corde, la fameuse corde colique, du côté gauche, on avait éloigné toute participation appendiculaire, et M. Terrier, que j'appelai en consultation, ne put s'empêcher de faire un rapprochement entre ce malade et les cas d'obstacles au niveau de l'angle colique.

L'opération me démontra qu'il existait une très ancienne appendicite devenue scléreuse, qu'une zone d'adhérences s'étendait au delà de la ligne médiane, agglutinant les anses grêles que j'eus peine à disséquer et à mobiliser, sans avoir toutefois déterminé la

formation d'aucune bride sur l'angle gauche ou sur le côlon descendant.

M. C..., âgé de trente-quatre ans, s'est assez bien porté jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans. A cet âge, il s'alita pendant huit jours à cause d'accidents abdominaux consistant en douleurs dont il ne se rappelle plus la localisation et en vomissements de bile. On craignit, paraît-il, une péritonite la fièvre ne paraît pas avoir été très élevée. M. C... se remit de cette crise et sa santé fut bonne jusqu'en décembre 1899, date d'une crise très violente : fièvre dépassant à certains moments 39 degrés; agitation, violentes douleurs dans tout le ventre d'abord, puis localisées *dans le côté gauche*; constipation opiniâtre, vomissements bilieux répétés. Au bout de quelques jours, selles fétides.

La convalescence fut longue, et longtemps le malade souffrit d'insomnie.

En juin 1900, nouvelle crise à peu près semblable à la précédente, mais la convalescence fut plus rapide.

En juillet 1901, quatrième crise sans fièvre, vomissements verts très abondants. Douleurs de *ventre à gauche*; le ventre est à peine sensible dans les autres régions; puis les crises se rapprochent; à la fin d'octobre 1901, nouvelle crise analogue : vomissements, insomnie, douleurs à gauche le long du côlon descendant.

L'amaigrissement apparaît, le poids tombe de 70 kilogrammes à 62,5.

J'examinai M. C... au commencement de décembre; j'essayai en vain de lui faire préciser quel avait été le siège des douleurs à la première crise; mais ce siège me fut démontré par les cicatrices de sangsues appliquées sur le côté droit du ventre, au niveau de la fosse iliaque. M. C... en avait perdu le souvenir. La première crise qualifiée de péritonite avec douleurs localisées dans la fosse iliaque droite, devait donc vraisemblablement être interprétée comme une première crise d'appendicite aiguë. C'est à ce diagnostic que je m'arrêtai, et je considérai les autres crises, comme dûes aux conséquences éloignées d'une appendicite sévère, brides, adhérences, etc.

Je conseillai l'opération.

Le 16 décembre, nouvelle crise qui fut particulièrement grave. J'en dois les détails à M. le Dr Chrétien de Poitiers, qui l'observa. « Cette crise débuta par un malaise général, un peu de courbature, des vomissements et un exanthème en forme de petites papules sur les mains et la face et qui, s'accentuant peu à peu, prit sur la poitrine un aspect rubéolique.

« Puis, survinrent des vomissements incessants, toujours bilieux, et une constipation opiniâtre. Des douleurs spontanées et à la pression se constataient dans la fosse iliaque gauche où le côlon donne nettement la sensation d'une corde tendue et semble rétracté; pas de fièvre pendant les huit ou dix premiers jours, pas de ballonnement du ventre, qui est au contraire excavé; pas de douleur spontanée ni à la pression dans la fosse iliaque droite; aucune défense musculaire; hoquet. Langue sèche ; pouls petit et fréquent. Face rouge, desquamante ; yeux injectés comme si l'exanthème avait atteint la conjonctive.

« Vomissements incessants empêchant toute alimentation ; émaciation extrême ; menaces d'escharification sacrée. »

« Au bout de quelques jours, les vomissements diminuèrent, il survint des débâcles intestinales considérables, en même temps que « la corde colique devenait moins douloureuse et semblait s'assouplir et disparaître. »

Du 8 au 10 janvier, au moment où la convalescence commençait, survint une *phlegmatia alba dolens* annoncée par un vif accès de fièvre (40 degrés) et une douleur dans la jambe.

Je revis M. C... à la fin de février, très amaigri, cachectique avec un ventre plat, douloureux, n'allant à la garde-robe qu'à l'aide de laxatifs.

Urines de vingt-quatre heures : 2.200.

Pour vingt-quatre heures :

Urée	16 grammes.
Acide urique.	0g44
Acide phosphorique.	1,75
Chlorures	13,22

ni albumine, ni sucre.

Je désirai prendre l'avis de M. Terrier dont le diagnostic fut superposable au mien.

Accidents de stase intestinale reconnaissant pour point de départ une appendicite ancienne.

L'opération consista en une laparotomie médiane sur plan incliné.

Le ventre ouvert, on constate que le grand épiploon très vasculaire mais peu chargé de graisse est adhérent par son bord libre à la portion sus-pubienne du péritoine pariétal. Sur les côtés, il adhère également au péritoine de la paroi abdominale antérieure.

Les adhérences sont détachées et le grand épiploon réséqué.

De suite, on se dirige vers le cæcum auquel adhère une anse d'intestin grêle qu'on libère.

Le cæcum très vascularisé, tomenteux à sa surface, est assez mobilisable, il se montre recouvert d'une toile mince formée de néomembranes anciennes. Derrière on aperçoit un petit corps arrondi, gros comme un haricot, et qui est l'appendice recroquevillé et replié sur lui-même, adhérent au cæcum par son extrémité libre. Résection et péritonisation. Nous inspectons alors le reste de la cavité abdominale ; on suit aisément le côlon ascendant, puis le transverse qui ne présentent rien d'anormal qu'une vascularisation excessive et un léger état tomenteux de leur surface. Le côlon descendant et l'iléo-pelvien présentent le même aspect.

Au centre de la cavité abdominale et dans l'encadrement du gros intestin, l'intestin grêle offre quelques particularités. Le tiers des anses grêles, spécialement celles qui occupent le petit bassin, sont soudées les unes aux autres par des adhérences anciennes. Une des anses grêles adhère à la face antérieure du rectum par une membrane large de 3 à 4 centimètres ; toutes ces adhérences sont sectionnées, l'intestin est libéré anse par anse.

Drainage du petit bassin par l'incision médiane. Drainage de la fosse iliaque par une incision de 3 à 4 centimètres faite en dehors du drain, fermeture de la paroi par trois plans.

Suites opératoires. — Les sept ou huit premiers jours n'offrirent comme particularité qu'un état atonique de l'intestin, et une lenteur dans l'émission régulière des gaz.

Le dixième jour il se forma autour du cæcum une espèce d'empâtement qui se jugea par l'issue de liquide louche par le drain médian.

A partir de cette évacuation l'état redevient normal, les selles moins difficiles à obtenir. Le malade quitta la maison de santé en très bon état au milieu d'avril, j'ai eu de ses nouvelles récemment, il a engraissé de 24 livres, va régulièrement à la selle sans aucun laxatif.

La stase intestinale et ses conséquences résultaient donc à la fois des entraves apportées à la fonction de quelques anses grêles et d'adhérences pouvant gêner la circulation gazeuse dans l'angle hépatique. Je fais encore remarquer, sans pouvoir apporter d'examen histologique personnel à l'appui, que la péritonite adhésive entre anses grêles, d'après ce que nous connaissons des lois de la pathologie, a des chances d'entraîner une atrophie des tuniques musculaires de telle sorte que la gêne mécanique des mouvements intestinaux se trouverait doublée d'un trouble par atteinte aux propriétés physiologiques. C'est du reste cette atteinte par inertie aiguë de la musculature intestinale qui passe au premier plan dans la plupart des occlusions post-opératoires; nous ne les observons presque plus, non pas seulement parce que nous péritonisons les surfaces cruentées, mais parce que nous n'obtenons plus de ces demi-asepsies qui prolongeaient la phase de parésie intestinale et créaient ces obstacles par coudure en réalité secondaires en date et accessoires. Et la preuve en est qu'une adhérence molle et récente d'une anse à un pédicule externe de fibrome ou à un moignon de kyste ovarique avait pour conséquence tout le tableau clinique de l'occlusion intestinale alors que dans d'autres circonstances, et le reste de l'intestin ayant gardé sa contractilité, nous avons pu voir les fonctions s'accomplir tant bien que mal malgré les fusions d'anses intestinales avec des tumeurs ou des foyers septiques et les coudures les plus accentuées.

N'est-il pas remarquable de constater que tous les exemples que nous apporte M. Adenot sont tirés d'occlusions post-opératoires?

On ne saurait donc mettre trop en lumière, tant dans des phénomènes aigus d'occlusion que dans des désordres chroniques de la fonction intestinale, la part qui revient à l'état de la musculature et du grêle et du côlon. Les coudures en particulier ne peuvent jouer de rôle important qu'avec un intestin paralysé.

J'appelle encore l'attention sur ce fait, combien il est facile en manipulant l'intestin distendu de rompre une bride et de lever un obstacle qu'on ne retrouve plus. L'intéressante observation que nous a communiquée M. Legueu et qu'avait déjà citée M. Adenot est très démonstrative.

M. Legueu recherchant la cause d'une occlusion trouve le gros intestin distendu au niveau du côlon transverse alors que le descendant est vide, et il s'aperçoit que la continuité de l'intestin affaissé et de l'intestin distendu se fait exactement au niveau de l'angle gauche du côlon. Il sentit nous dit-il, à ce niveau une bride qui parut étrangler le côlon, mais dans les manipulations qu'il fit pour définir la nature de l'obstacle, il vit que les gaz passaient du côlon transverse dans le côlon descendant. A l'autopsie il put s'assurer de la réalité de cette bride allant du ligament suspenseur de l'angle au même côlon transverse, et peu serrée.

M. Legueu se demande pourquoi cette bride ancienne a créé brusquement l'occlusion au lendemain d'une laparotomie, et il attribue ce résultat à la chute du côlon transverse provoquée par la suppression d'un kyste de l'ovaire. C'est possible : on peut soutenir que la bride n'a occasionné l'accident d'occlusion que parce que derrière elle la contraction intestinale est devenue insuffisante de par l'inertie normale qui suit l'ouverture du ventre, sans avoir à faire intervenir une ptose quelconque. D'autre part, pourquoi les efforts de garde-robe ont-ils provoqué chez mon malade une constriction brusque du gros intestin par une bride qui l'enserrait incomplètement depuis des années? c'est qu'il faut encore tenir compte de l'arrivée subite des gaz dans un segment d'intestin perméable mais non entièrement libre, et aussi des modifications secondaires que subit la paroi intestinale dont la circulation sanguine est gênée.

L'observation de M. Legueu vient donc s'ajouter à la nôtre pour démontrer que de petites brides anciennes environnant le côlon transverse depuis longtemps sont susceptibles dans certaines conditions de créer tout d'un coup une occlusion complète. La traction exercée sur l'épiploon réalise beaucoup mieux l'occlusion du transverse par le mécanisme de la bride que par celui de la coudure et vous pouvez vous en assurer sur cette pièce.

En résumé, l'angle sous-costal gauche serait responsable de deux sortes d'accidents : des accidents aigus d'occlusion et des accidents chroniques douloureux et dyspeptiques.

Aux observations vagues, ou plutôt aux interprétations de M. Adenot touchant l'occlusion aiguë, j'oppose deux faits précis, celui de M. Legueu et le mien, qu'à un examen superficiel on

aurait pu considérer comme favorables à la thèse des coudures, et qui s'expliquent plus simplement.

Les accidents chroniques me paraissent attribuables non à l'obstacle problématique et nullement démontré de l'angle colique gauche, mais à la gêne apportée à la circulation intra-intestinale du gros intestin par une péritonite ancienne ayant modifié, d'une part, la musculature intestinale, ayant amené, d'autre part, la formation d'agglutinements d'anses ou de larges brides, ou enfin de petites brides minuscules, de ficelles péricoliques rarement capables d'étrangler l'intestin, mais suffisantes pour entraver ses fonctions et entraîner des rétentions temporaires de gaz et de matières.

Les annexites, chez la femme, l'appendicite, la cholécystite, l'ulcère simple de l'estomac, dans les deux sexes, sont les trois grands générateurs de ces adhérences. Il est possible que, en dehors de ces quatre grandes causes, de petites érosions intestinales, de petites infections passagères puissent retentir sur le péritoine et occasionner la formation de quelques petites brides. Notre opéré avait de petites adhérences, et, pour les expliquer, nous n'avons trouvé qu'une crise douloureuse de quelques heures remontant à sept ou huit ans, et sans rapport ni avec l'appendice, ni avec l'estomac, ni avec le foie. Et, de fait, la malade de M. Terrier n'a-t-elle pas eu un ulcère simple de l'estomac, n'a-t-elle pas souffert pendant six mois de ce chef? et, pendant l'opération, ne vit-on pas « des brides fibreuses, ou plutôt cellulo-fibreuses, unissant entre elles quelques anses intestinales grêles »?

Il n'était pas bien facile d'inspecter minutieusement l'état du péritoine autour de l'angle colique au sommet de l'hypocondre, et, quant à l'aplatissement du côlon descendant opposé à la réplétion du transverse, je ne saurais trop le répéter, c'est là un fait d'observation commune. A l'état normal, le côlon descendant est aplati et paraît vide, le côlon transverse est le plus souvent dilaté. On conçoit que, dans les paralysies intestinales, ce même contraste persiste et s'accuse. Cette différence ordinaire d'état de distension pourrait même, mais ce n'est là qu'une hypothèse, nous expliquer le siège de prédilection des adhérences péricoliques circulaires dans le segment gauche du côlon.

Les adhérences, en effet, se forment *in situ*. On conçoit qu'une frange épiploïque rejoigne difficilement, autour d'un intestin habituellement distendu, une autre frange ou toute autre portion flottante du péritoine. Il n'en est plus de même avec un intestin habituellement rétracté; l'agglutinement des franges entre elles ou leur simple fusion avec la surface d'un intestin rétracté l'enserrent d'un voile ou de cordelettes inextensibles et lui im-

posent désormais un nouveau calibre. La disposition flottante et le nombre des franges, leur topographie, offrent une variété qui peut avoir quelque intérêt pathogénique.

Je conclus, en somme, non pas en refusant toute influence aux coudures intestinales, mais en niant que cette influence soit primordiale, et en niant surtout que l'angle splénique gauche ait le rôle prédominant que lui a théoriquement accordé l'École lyonnaise. Contrairement à ses conclusions, j'attribue le principal rôle aux adhérences pathologiques, et spécialement aux petites brides épiploïques développées autour de la terminaison du côlon transverse.

Je serai bref sur le traitement. Dans le cas personnel que j'ai rapporté, j'avais pensé, avant d'opérer, pouvoir être conduit à exécuter l'opération de M. Terrier. Je connaissais déjà son observation, mais la possibilité de lever l'obstacle et la constatation, grâce à la sonde introduite d'avance dans le rectum, du retour de la perméabilité, m'engagèrent à ne pas faire plus que de libérer le plus loin possible le gros intestin de ses adhérences.

En novembre 1900, j'eus l'occasion d'exécuter une opération comparable à celle de M. Terrier. M. Hutinel m'avait confié une dame d'une soixantaine d'années en proie depuis douze jours à une occlusion intestinale : le ventre était excessivement distendu. Les médecins qui avaient donné leurs soins, avant M. Hutinel, l'avaient bourrée de purgatifs, cependant la veille quelques gaz avaient été encore expulsés, et c'est cette émission intermittente de gaz qui avait entraîné ces longs atermoiements. Je fis la seule opération possible (1), un anus cæcal, et au bout de quelques jours seulement le ventre redevient souple, trois semaines après, ma malade allant parfaitement bien, je pratiquai une laparatomie médiane et je constatai que le cæcum et le côlon ascendant étaient enveloppés d'adhérences qui s'étendaient jusque sur le côlon transverse, l'appendice était indemne. Ce qui me frappa surtout ce fut dans un plan antéro-postérieur l'énorme coudure que formait le cæcum avec le côlon ascendant (2), j'ai depuis sur certains sujets retrouvé des coudures aussi accentuées mais ce qui était spécial ici, c'est que les deux portions d'intestin formant l'angle à sinus antérieur étaient accolées et soudées par des adhérences anciennes, je les libérai, mais j'acquis la conviction, que rendues à elles-mêmes ces deux portions allaient se ressouder. Je fis donc une anastomose cæco-colique après m'être

(1) Rue de la Santé.

(2) Ou mieux la portion initiale du côlon ascendant avec le reste du côlon ascendant.

assuré par l'exploration manuelle qu'aucun néoplasme n'existait depuis le cæcum jusqu'à la terminaison de l'anse sigmoïde. Ma malade guérit et retourna bien portante à Montpellier, mais j'appris qu'elle avait été reprise d'accidents d'occlusion quelques mois après et qu'elle avait succombé ; je regrettai de n'avoir pas pratiqué chez elle une anastomose iléo-sigmoïde, l'étendue des adhérences et des brides ayant rendu vaine toute tentative de libération complète de l'intestin.

J'arrive ainsi aux conclusions thérapeutiques suivantes :

Lorsqu'au cours d'une laparotomie pour accidents aigus d'occlusion on a reconnu que l'obstacle siège sur la fin du côlon transverse, il faut s'assurer qu'une cordelette péricolique n'étrangle pas l'intestin et libérer la fin du transverse jusqu'à l'angle splénique ; on vérifie aisément que cette libération est suffisante lorsqu'en pressant sur la portion dilatée du gros intestin on fait sortir des gaz par une sonde qu'on a introduite dans le rectum avant l'opération.

Lorsqu'il s'agit d'accidents chroniques de stase stercorale, lorsque, plus ou moins longtemps après une affection abdominale génératrice d'adhérences : salpingite, appendicite, etc., on observe des douleurs sous forme de crises, de la constipation opiniâtre, des accidents de résorption stercorale : érythème, diarrhée, etc., on est autorisé à faire une laparotomie exploratrice, et alors on peut se comporter de deux façons différentes.

On peut se trouver en présence de cas analogues à celui que j'ai rapporté : constater que les accidents sont attribuables à l'adhérence en nappe du grand épiploon à la paroi abdominale, ou à un agglutinement des anses grêles, et alors libérer ces anses et réséquer minutieusement la totalité du grand épiploon sans faire de ligatures en chaînes.

Mais le siège des adhérences vers un angle splénique particulièrement élevé et enfoncé au fond de l'hypocondre peut rendre la libération difficile et incomplète; c'est alors que l'on pourra recourir à l'opération ingénieuse que nous a fait connaître M. Terrier et établir un chemin de traverse entre le côlon transverse et la fin du côlon descendant, réservant l'iléo-sigmoïde aux cas d'obstacles non libérables localisés au côlon ascendant ou à l'angle hépatique.

Présentation de malades.

Malade traité par l'excision de la muqueuse rectale pour des hémorroïdes circulaires.

M. Delorme. Si l'on ne mettait encore en doute la valeur de l'excision de la muqueuse rectale dans le traitement des hémorroïdes je n'aurais pas cru devoir vous présenter ce malade qui, depuis douze ans, était atteint d'hémorroïdes totales volumineuses donnant lieu à des hémorragies très fréquentes et abondantes. J'avais inutilement, chez lui, employé la méthode des incisions partielles.

L'opération date de huit mois. Le résultat est excellent. La cicatrice n'est pas sensible ; la défécation est facile, comme à l'état normal, les gaz sont retenus. La guérison est donc complète et obtenue sans déficit.

C'est la quatrième fois que, depuis deux ans, je pratique cette opération sur des hémorroïdaires présentant des hémorroïdes totales très volumineuses, donnant lieu à des hémorragies abondantes. Je ne la pratique jamais, d'ailleurs, que dans ces cas. L'un de ces malades, colonel de cavalerie, a repris son service ; un autre, médecin-major, ne cesse de se louer d'avoir subi cette intervention ; un troisième, adjoint du génie, était réduit à un état d'anémie inquiétant et de nervosisme regrettable. Il a repris actuellement sa santé antérieure.

Ces faits sont tout en faveur de cette opération excellente quand on la pratique avec les précautions nécessaires.

M. Sébileau présente un malade porteur d'un appareil prothétique destiné à remédier à une vaste perte de substance de la voûte palatine, de la lèvre supérieure et du nez.

Présentation de pièces.

Prostate hypertrophiée enlevée par voie périnéale et calculs vésicaux.

M. Bazy. La prostate et les calculs vésicaux que j'ai l'honneur de vous présenter appartenaient à un homme de soixante ans que j'ai opéré il y a six jours, par voie périnéale, à la maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu, avec le concours de mes internes, le Dr Deschamps, Caubet et Godineau.

Le lobe droit a été enlevé d'un seul morceau ; le gauche était très friable et a dû être enlevé par fragments. Chacun d'eux représente le volume d'un gros œuf de canard.

Après l'ablation de la prostate, j'ai enlevé par la plaie urétrale les calculs que je vous présente et dont trois ont le volume de petits marrons, et trois celui d'une noisette.

Ces calculs paraissent phosphatiques.

Les indications opératoires étaient, chez ce malade, les hémorragies faciles et abondantes survenant sans cause connue, l'existence et la facilité de récidive des calculs et enfin les douleurs du cathétérisme.

Malgré le volume énorme de cette prostate, le cathétérisme était facile ; mais en raison de la présence de calculs il devenait douloureux et devait être répété dans ces derniers temps toutes les deux ou trois heures.

La vue de ces calculs m'étonne plus que le volume de la prostate que l'on pouvait, à la rigueur, soupçonner par la palpation bimanuelle et surtout par le cathétérisme. Leur nombre et leur volume me prouvent les difficultés très grandes que l'on doit éprouver, même quand on a l'habitude de la lithotritie, à débarrasser complètement un malade de ces pierres par la lithotritie.

En effet, c'est un malade que j'ai opéré deux fois, et les deux fois, malgré des séances de révision, je pensais l'avoir débarrassé complètement. Or, je suis sûr actuellement qu'il ne l'était pas, de telle sorte que maintenant lorsque, indépendamment des autres indications de la prostatectomie, je me trouverai en présence d'un malade ayant une grosse prostate avec des calculs, et surtout des calculs phosphatiques, je me croirai autorisé à lui proposer la prostatectomie.

Le malade a très bien supporté l'intervention ; la température s'est élevée à 37°6 seulement le soir du quatrième jour, pour une

raison que j'ignore ; les autres jours, elle a oscillé entre 36°8 et 37°2.

J'ai, depuis hier, retiré le drain vésico-périnéal pour lui substituer une sonde à demeure qui fonctionne très bien.

Côte surnuméraire cervicale chez une jeune femme simulant une tumeur du creux sus-claviculaire.

M. Paul Berger. — Cette jeune femme a remarqué depuis quelque temps l'existence d'une tumeur siégeant au creux sus-claviculaire gauche, qui lui paraît augmenter de volume, et qui détermine quelques douleurs irradiées dans le côté correspondant du cou et dans le membre supérieur. Cette tumeur a été considérée par plusieurs chirurgiens comme un engorgement ganglionnaire pour lequel on a conseillé des traitements divers.

Le creux sus-claviculaire gauche présente une très légère saillie, appréciable à la vue, plus facile à constater à la palpation. Celle-ci permet d'apprécier la dureté, la fixité de cette saillie qui est évidemment osseuse ; elle paraît se continuer avec la première côte, à peu près au niveau du tubercule d'insertion du scalène antérieur, et s'élever en haut et en dedans suivant le trajet de ce muscle. Cette saillie soulève un petit ganglion qui en est indépendant et qui ne paraît pas altéré ; elle est peu sensible à la palpation, et les douleurs que ressent la malade ne peuvent être rapportées qu'aux explorations trop multipliées qui ont provoqué le froissement de branches du plexus cervical et brachial en contact avec cette saillie osseuse.

Le diagnostic ne peut hésiter qu'entre une côte surnuméraire et une exostose développée au niveau du tubercule d'insertion du scalène sur la première côte et constituant un ostéophyte occupant le trajet de ce muscle.

La radiographie que je présente à la Société de chirurgie montre que c'est à la première hypothèse qu'il faut se rattacher : on voit nettement sur celle-ci une côte partir à gauche du corps de la dernière vertèbre cervicale, s'articuler par un angle bien marqué avec l'apophyse transverse de cette vertèbre puis s'incliner en bas pour venir se confondre avec le bord supérieur de la première côte. L'ombre dessinée par cette côte est un peu moins accusée que celle des autres côtes ; néanmoins elle est très facilement visible. Aucune disposition analogue n'existe du côté droit.

J'ai déconseillé à la malade tout traitement, l'ablation de cette côte, seule ressource possible en l'espèce, pouvant entraîner la lésion du cul-de-sac supérieur de la plèvre, ainsi que cela a été observé, mais surtout devant laisser une cicatrice d'une certaine étendue et impossible à dissimuler quand la personne atteinte de cette petite malformation sera obligée de se décolleter.

Le Secrétaire annuel,
P. BAZY.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 25 JUIN 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la coxa vara.

M. Broca. — Je crois, comme M. Kirmisson, que le cas qu'il nous a rapporté a trait à un décollement épiphysaire; je le crois d'autant plus volontiers que dans un mémoire récent (1), on a montré des cas où ce décollement avec affaissement de la tête survient après un choc très léger et presque sans symptômes immédiats.

Je désire exprimer une critique à propos du terme « essentiel », par opposition à la cava vara secondaires, traumatiques inflammatoire ou autre. Nous ignorons la cause de ces déformations tardives, coxa vara, genu valgum, etc., et jusqu'à nouvel ordre nous parlons de rachitisme tardif, mais une cause mal connue ne veut pas dire absence de cause. Si on veut garder ce terme, il faudrait peut-être l'appliquer à certaines coxa vara congénitales, que jusqu'à la radiographie on confond avec une luxation congénitale légère de la hanche. A la radiographie on trouve un col hori-

(1) Kredel, Ueber den Zusammenhang von Trauma, Epiphysenlosung und Coxa vara. *Deut. Zeit. f. Chir.*, Leipzig, 1900, t. LIV, p. 161.

zontal d'un seul ou des deux côtés, sans trace de rachitisme ailleurs, sans trace d'une lésion inflammatoire quelconque sur le col fémoral.

M. Paul Berger. — Je ne puis que confirmer ce qu'a dit M. Kirmisson sur la distinction à établir entre la *coxavara essentielle* ou coxa vara des adolescents que l'on peut considérer comme une déformation due à la surcharge du fémur (Belastungs-Difformität), et les *coxa-vara symptomatiques*, dont la plus commune paraît être la coxa vara infantile qu'on peut le plus souvent rapporter au rachitisme. La radiographie que nous présente M. Kirmisson se rapporte évidemment à cette variété, la plus commune de toutes, je le pense. Elle est essentiellement caractérisée par la coexistence d'autres déformations rachitiques; particulièrement elle s'associe à la courbure rachitique des fémurs, très visible sur la radiographie présentée par M. Kirmisson; elle peut même être due entièrement à celle-ci et n'avoir que l'apparence d'une coxa vara. Dans ce cas la courbure porte principalement sur la partie supérieure du fémur, sur les régions trochantérienne et sous-trochantérienne, et l'augmentation de l'inclinaison du col du fémur n'est qu'apparente; c'est la partie du fémur sur laquelle vient s'implanter le col qui seule est déviée et dont la courbure anormale modifie l'axe suivant lequel l'extrémité supérieure du fémur vient s'aboucher avec le cotyle.

La vraie coxa vara, celle qu'on peut considérer comme essentielle et qui correspond, dans la classification orthopédique, au genu valgum des adolescents, existe certainement, mais elle doit être très rare à Paris, puisque depuis bien des années, pendant lesquelles mon attention à été éveillée sur cette lésion, je n'ai pu en observer qu'un cas tout à fait authentique.

Il s'agit d'un jeune homme de seize ans, apprenti charpentier, qui est entré en 1899 dans mon service de clinique à l'hôpital de la Pitié, plus d'un an après le début des accidents qui l'y amenaient.

En faisant un saut, en février 1898, il avait ressenti une très vive douleur dans l'aine; il n'était pas tombé et avait pu continuer à marcher; mais les jours suivants, la douleur s'était accrue au niveau de l'aine et de la hanche; la marche était devenue difficile et ne se faisait plus qu'avec une claudication douloureuse. Quelques jours de repos et de massages amenèrent une amélioration temporaire; mais les phénomènes douloureux dans la marche reparurent au bout de peu de temps, et le malade ne put se dissimuler qu'il existait un certain degré de raccourcissement du membre inférieur droit.

A son entrée à l'hôpital, ce raccourcissement est manifeste et, en mesurant comparativement les deux côtés, on peut l'évaluer à 4 centimètres. Le membre droit est dans l'adduction forcée, il croise le membre opposé vers le quart inférieur de la cuisse ; il est en même temps dans la rotation en dehors, de telle sorte que la face interne du membre se présente en avant. Le trochanter semble faire une saillie anormale, comme s'il était plus écarté de la ligne médiane que son congénère (signe de Maydl); il déborde de 3 cent. 1/2 la ligne de Nélaton ; il paraît déjeté en arrière.

Le malade boite très fort en marchant ; il plonge du côté malade comme plongent les sujets atteints de luxation congénitale de la hanche. Tous les mouvements sont difficiles ; l'adduction et l'abduction sont également impossibles; la flexion de la cuisse est d'abord douloureuse, mais elle peut se faire complètement sans que l'épine iliaque suive le mouvement imposé au fémur.

La première idée qui se présentait était celle d'une coxalgie, mais elle était contredite par la liberté des mouvements de flexion du membre, son attitude dans l'extension, l'absence de contracture des muscles de la hanche, l'absence complète d'atrophie musculaire, le raccourcissement réel sans qu'on pût admettre l'existence d'une luxation spontanée.

Il n'était même pas question, par conséquent, de penser à une luxation congénitale de la hanche.

L'hypothèse qui eût pu paraître la plus vraisemblable eût été celle d'une fracture du col du fémur avec pénétration ; j'ai observé des fractures de cette espèce chez de jeunes sujets ; elles avaient été produites par une chute sur le grand trochanter.

Dans un cas récent, j'ai vu une de ces fractures donner lieu à tous les signes d'une coxa vara qui se serait brusquement produite ; mais j'ai soumis la petite malade, âgée de quatorze ans, au chloroforme ; par des tractions énergiques, j'ai désenclavé les fragments, remis le membre en bonne attitude et je lui ai rendu sa longueur ; grâce à l'appareil d'Hennequin que j'ai appliqué aussitôt, cette fracture a guéri sans laisser un millimètre de raccourcissement ; celui que j'avais constaté après l'accident était de plus de 4 centimètres.

Mais dans ce cas, comme dans tous ceux de fracture du col du fémur que j'ai observés, il y avait eu chute, et c'est cette chute même qui avait déterminé la fracture ; de plus la blessée, n'avait pas pu se relever, elle ne pouvait détacher le talon du lit ; cette impotence est un signe qui ne fait jamais défaut dans la fracture par pénétration du col du fémur ; j'ai vu bien de ces cas qui étaient douteux et où l'on pouvait hésiter entre une fracture et une simple contusion de la hanche ; mais toujours le blessé était

tombé, n'avait pu se relever; les jours suivants il ne pouvait détacher le talon du lit. Chez le malade dont je cite l'observation, si la douleur avait été subite, les phénomènes fonctionnels et la gêne de la marche, les signes physiques et le raccourcissement ne s'étaient montrés et accentués que très lentement.

C'était bien, du reste, le tableau classique des signes de la coxa vara tels qu'ils ont été décrits par Ernest Müller, par Hofmeister, par Kocher et par tous les chirurgiens qui ont eu l'occasion de voir un bon nombre de cas de coxa vara. Ils étaient d'autant plus frappants que le sujet ne présentait aucune autre malformation congénitale ou acquise; il était bien portant et tout à fait indemne d'ostéomalacie; on sait que Joachimsthal à fait jouer un certain rôle à cette affection dans le développement de l'ostéomalacie.

Il reste à se demander, en présence du début par un traumatisme que l'on observe si souvent dans la coxa vara, si une légère infraction du col, produite dans un effort ou dans une chute, ne pourrait s'accompagner de la pénétration des parties postérieures de celui-ci dans l'épaisseur de la masse trochantérienne; et si la diminution de la résistance du col fémoral due à cette infraction ne permettrait pas à un certain degré d'affaissement du col et de la tête fémorale de se produire consécutivement et d'amener ainsi la constitution de la coxa vara. Cette hypothèse manque de sanction anatomique; il me semble difficile d'admettre qu'une fracture, même incomplète, du col se produise sans déterminer aussitôt l'impotence fonctionnelle et la déformation caractéristiques; mais c'est un point délicat que je ne puis que signaler sans prétendre le résoudre.

Je soumis le jeune sujet en question aux tractions continues par des poids au moyen de l'appareil d'Hennequin, et en quelques semaines j'obtins une amélioration fonctionnelle très notable; la marche redevint possible, la claudication avait notablement diminué, les douleurs avaient disparu et le raccourcissement du membre semblait avoir diminué.

J'ai malheureusement perdu ce malade de vue et je ne sais ce qu'il est devenu. Ce cas est le seul exemple incontestable de coxa vara essentielle qu'il m'ait été donné d'observer. J'ai vu, par contre, un certain nombre d'enfants rachitiques présentant les caractères de la coxa vara symptomatique de cette maladie du système osseux.

M. Kirmisson. — M. Broca critique l'expression de coxa vara essentielle. Cependant il faut bien un terme pour dénommer les cas où l'affaissement du col fémoral constitue à lui seul toute la difformité, et pour l'opposer aux faits dans lesquels cet affaissement

se produit sous l'influence de causes diverses, traumatismes, coxalgies, arthrites sèches, etc. C'est pourquoi j'emploie l'expression de coxa vara primitive ou essentielle.

L'observation qui nous est citée par M. Berger est bien propre à faire comprendre les difficultés de la question, puisque, chez le jeune homme qu'il a eu l'occasion d'étudier, il y a eu un traumatisme. Il est donc très difficile de dire si, chez lui, l'affaissement du col fémoral s'était produit primitivement sous l'influence du ramollissement du tissu osseux, ou s'il était consécutif à un traumatisme, c'est-à-dire à une fracture ou à un décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur. Nous avons aujourd'hui dans la radiographie un moyen de diagnostic de la plus haute importance.

De cette discussion, il me paraît ressortir que, si nous sommes bien fixés sur la nature de la coxa vara des petits rachitiques, il n'en est pas de même pour la coxa vara de l'adolescence. Pour cette dernière, nous manquons encore de documents suffisants, tant sur son degré de fréquence que sur sa véritable pathogénie. J'appelle sur ce point l'attention de mes collègues qui observent dans les hôpitaux d'adultes. C'est eux qui pourront nous aider à résoudre cette question; car, dans les hôpitaux d'enfants, notre observation est limitée jusqu'à l'âge de quinze ans.

Puisque j'ai l'occasion de revenir aujourd'hui sur cette question de la coxa vara, j'en profite pour mettre sous vos yeux la radiographie d'un petit garçon de cinq ans que j'ai eu l'occasion de voir jeudi dernier à la consultation orthopédique de l'hôpital Trousseau. Il est atteint d'un double genu valgum très prononcé; vous voyez qu'en même temps il présente un affaissement très marqué du col fémoral, qui, même du côté droit, atteint l'angle aigu. Il était naturel de penser que, dans le genu valgum, de même que nous observons des déviations secondaires du pied en varus, tendant à ramener l'axe du membre dans la direction normale, nous devions aussi, et par le même mécanisme, rencontrer un affaissement du col fémoral, réalisant à la hanche une déviation en sens inverse de celle du genou.

Interposition fibro-musculaire dans une résection du coude pour ankylose.

M. Quénu. — Notre collègue Nélaton nous a présenté deux belles observations d'ankyloses de la hanche traitées avec succès par l'interposition d'une bande musculaire empruntée au tenseur du fascia lata, entre les deux surfaces articulaires préalablement mobilisées.

Cette méthode me paraît très intéressante, et je pense qu'on peut l'appliquer à certaines résections pour ankyloses. C'est du moins ce que j'ai fait pour une ankylose du coude. Nous savons tous, comme l'a rappelé Nélaton, qu'il importe, dans ces opérations pour ankyloses du coude, de réséquer généreusement afin de gagner un large écartement des surfaces et d'obtenir ainsi le résultat cherché, c'est-à-dire la mobilité étendue de l'avant-bras. Comme lui, je répudie les opérations économiques, telles que la section trochléiforme et autres qui, après avoir infligé une intervention sanglante à un malade, l'obligent encore, pendant des semaines, à subir une mobilisation douloureuse pour aboutir à un médiocre résultat définitif.

Mais, comme lui aussi, j'ai eu des exemples où une résection, même large, ne donna pas tous les résultats qu'on pouvait en espérer. J'avais donc pensé, de mon côté, ajouter une garantie de mobilité, en interposant, entre les os de l'avant-bras et l'extrémité humérale réséqués, une bande fibro-musculaire empruntée au ligament antérieur du coude doublé d'un peu du tissu musculaire du brachial antérieur.

Je mis cette idée à exécution le 5 décembre 1901, et cela d'autant plus qu'il s'agissait d'une malade qu'un de nos collègues avait déjà opérée l'année précédente, avec un résultat nul.

L'ankylose du coude gauche, chez cette jeune fille actuellement âgée de vingt ans, était consécutive à une fracture survenue à l'âge de seize ans, pendant qu'elle était dans un pensionnat de Neuilly. Cette jeune fille avait gardé cette ankylose sans trop s'en préoccuper jusqu'à l'année dernière; elle consulta à cette époque un de nos collègues qui l'opéra et lui fit, si j'en crois cette radiographie, une résection économique portant surtout sur l'olécrane.

Malgré une mobilisation prolongée, les résultats de cette intervention furent nuls, et quand j'examinai Mlle X... en novembre 1901, elle était impuissante à communiquer aucun mouvement à son avant-bras, et nous-même ne pouvions obtenir que de petites oscillations tout juste capables de nous garantir l'absence de soudure osseuse.

Comme cette infirmité obligeait cette jeune fille, douée d'une jolie voix, à abandonner la carrière dramatique qu'elle ambitionnait suivre, elle se décida à accepter une deuxième intervention.

Le 5 décembre 1901, avec l'aide de mes deux assistants, MM. les Drs Touchard et Thoumire, j'opérai Mlle X... à la Fondation Péreire. Je fis l'incision longitudinale classique sur la face postérieure du coude, dénudai et réséquai largement l'extrémité inférieure de l'humérus et l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras auxquels manquait l'olécrane, et j'ajoutai le temps suivant. Je détachai le ligament antérieur de l'articulation à sa partie inférieure et le repliai, doublé d'un peu de fibres musculaires du brachial antérieur, contre la surface osseuse humérale. Je le fixai ensuite par trois points de suture aux parties fibreuses postérieures. On peut voir, par cette pièce cadavérique, la disposition que prennent les surfaces articulaires.

Je laissai le coude dans un appareil pendant une quinzaine de jours, puis je supprimai l'appareil plâtré. La malade partit le 19 décembre de la Fondation. Il n'y eut aucune mobilisation à obtenir; les soins consécutifs consistèrent surtout dans la réfection des muscles qui étaient fortement atrophiés.

J'ai revu mon opérée au commencement de ce mois, et j'ai fait radiographier son coude dans les deux positions de flexion à angle droit et d'extension complète. Voici ces deux radiographies.

La malade accomplit spontanément et avec la plus grande aisance tous les mouvements, y compris la pronation et la supination.

Je me suis même demandé depuis si, au point de vue de la forme du coude, je n'aurais pas pu, grâce à l'interposition fibromusculaire, être plus économe de résection osseuse.

M. Routier. — La communication de notre collègue et ami Nélaton m'a d'autant plus intéressé qu'à deux reprises j'ai essayé sans succès de faire des résections pour remédier à des ankyloses, et j'ai vu mes opérations se terminer par une nouvelle soudure osseuse.

Voici les faits :

H. L..., âgé de vingt-quatre ans, me fut envoyé, en 1888, à l'hôpital Laënnec, pour une ankylose des deux articulations coxo-fémorales ; les deux cuisses formaient un angle droit avec le bassin, et les deux genoux étaient croisés.

La colonne vertébrale était ankylosée, le thorax aplati, les côtes immobiles pendant la respiration; les mouvements des épaules sont limités.

Dès l'âge de douze ans, il avait eu des attaques subintrantes de rhumatisme.

Il avait aussi une insuffisance mitrale.

Le 9 octobre 1888, je réséquai la hanche gauche, le fémur étant fusionné avec le bassin, j'enlevai 49 grammes d'os ; le col entier fut enlevé, une nouvelle cavité cotyloïde creusée, le membre mis en bonne position dans la gouttière de Nicaise avec 10 kilogrammes au pied. La réunion fut complète, sans suppuration. En novembre, on pouvait fléchir la cuisse, l'écarter ; bref, il y avait une guérison parfaite avec restitution des mouvements.

Le 7 décembre, sur le conseil de M. Ollier, qui se trouvait à Paris, je pratiquai une ostéotomie intra-trochantérienne, avec résection sur les deux bouts osseux ; la tête fémorale était aussi fusionnée avec l'iliaque.

Il fut traité comme la première fois. En 1889, au mois de mai, l'ankylose recommençait ; avec l'aide de M. Hennequin, je pratiquai, sous l'anesthésie, la rupture des adhérences ; nous fîmes une mobilisation, poussant à l'extrême flexion, extension et abduction ; chaque membre fut ensuite soumis à 5 kilogrammes d'extension continue.

Dès les premiers jours, le malade pouvait s'asseoir dans son lit.

En décembre, je le présentai ici à la Société de chirurgie ; il pouvait s'asseoir et écarter les genoux.

Depuis, il est entré à Bicêtre, l'ankylose s'est reproduite sans attitude vicieuse.

Dans un second cas, il s'agit d'une femme, L. L..., âgée de vingt-six ans, infirmière, que j'ai traitée à Necker, en 1897.

Trois ans avant, elle avait fait une chute sur le coude ; un confrère de province ne put pas réduire la luxation, et il survint une ankylose.

En 1895, elle entrait à Saint-Louis ; là, le Dr Marchand essayait la réduction sans succès. La même année, on essayait de nouveau cette réduction, en province, toujours sans succès.

L'avant-bras, quand je vis cette malade, était en rectitude, et il ne se passait aucun mouvement dans le coude.

Le 8 juillet 1897, je pratiquai la résection du coude ; il n'y avait plus de cartilage que sur la tête du radius, l'humérus était entré comme un coin entre le radius et le cubitus.

Je réséquai l'humérus au-dessus des épiphyses, je coupai le cubitus et le radius au niveau du col anatomique de celui-ci, et, avec une pince-gouge, j'enlevai encore des fragments osseux.

La résection faite, l'avant-bras pouvait être mis dans tous les sens ; j'avais tout le temps de mon opération dit et répété : il faut faire une résection large.

Huit jours après, tout allait bien, mais je m'absentai, et il y eut quelque imprudence commise; bref, la plaie suppura sur un point. A ma rentrée, l'ankylose à angle droit était parfaite, et, de plus, il existait une griffe cubitale.

Le 14 décembre, je refis une résection; tout était fusionné, et, tout autour, il y avait une production énorme de tissus fibreux.

Je dégageai le cubital perdu dans cette gangue fibreuse, et le mis bien libéré dans le tissu cellulaire sain.

Cette fois, réunion parfaite; elle fait quelques mouvements du coude; mais la griffe persiste, la sensibilité seule est revenue.

Le 15 mai 1898, je recherche à nouveau le nerf cubital encore enfoncé dans du tissu fibreux; je le luxe en avant des os dans le tissu cellulaire sain.

La douleur fut abolie, mais la griffe persista, et les mouvements du coude très réduits.

J'ai fait entrer cette malade à la Salpêtrière. Devant ces deux insuccès, je suis tout prêt à essayer, comme nous l'ont montré Nélaton et Quénu, l'interposition musculaire dans le premier cas de résection que je tenterai pour remédier à une ankylose.

M. Pierre Delbet. — J'ai aussi observé un cas de réankylose après résection, il y a sept ou huit ans.

Il s'agissait d'un coude ankylosé par une arthrite blennorragique. Je me gardai bien de pratiquer une résection trochléiforme, une résection modelante. Instruit par l'admirable livre d'Ollier de la possibilité de l'ankylose secondaire, je fis une résection large, ou au moins qui me parut telle. Malgré une mobilisation précoce, une seconde ankylose se produisit, aussi étroite, aussi serrée, aussi complète que la première.

Je dus faire une seconde résection, dont le résultat fut satisfaisant. En employant l'épithète satisfaisant, je veux dire que le résultat a été celui que l'on obtient d'ordinaire par les résections du coude. Ce résultat n'est pas vraiment bon parce que l'articulation réséquée ne vaut jamais une articulation saine; il est satisfaisant parce que les opérés y gagnent beaucoup.

Quoi qu'il en soit, la possibilité de la réankylose après résection est bien certaine, mais, ce qu'il faut bien dire, c'est que toutes les maladies ne sont pas égales à ce point de vue. On dirait que même après la guérison par la première ankylose, même après la résection, il reste quelque chose de la maladie primitive qui influe encore sur l'évolution de la plaie opératoire.

De toutes les maladies articulaires, la plus ankylosante est certainement le rhumatisme blennorragique. C'est surtout lorsqu'on opère pour des ankyloses déterminées par le rhumatisme et

particulièrement par le rhumatisme blennorragique qu'on est exposé à des ankyloses secondaires. Au contraire, lorsqu'on résèque des articulations ankylosées par des arthrites tuberculeuses, on est bien peu exposé à l'ankylose secondaire. Je crois même qu'une néarthrose trop mobile est plus à craindre qu'une néarthrose trop serrée.

Lorsqu'il s'agit d'ankylose d'origine blennorragique, le danger de réankylose post-opératoire est assez grand pour qu'on prenne contre lui des précautions. Jusqu'ici on faisait des résections très larges. M. Nélaton dans la séance précédente, M. Quénu aujourd'hui nous proposent d'interposer des bandelettes fibro-musculaires entre les surfaces osseuses.

Les résections très larges ont certainement des inconvénients. Elles modifient les conditions mécaniques des muscles, elles changent d'une manière défavorable leur moment d'action. Aussi suis-je très disposé à essayer de l'interposition fibro-musculaire. Mais on peut se demander si cette interposition n'expose pas aux articulations ballantes. L'expérience démontrera si ce dernier danger est réel. S'il ne l'est pas, l'interposition fibro-musculaire nous rendra de grands services.

M. Lucas-Championnière. — Puisque la question a un peu dévié, je me permettrai quelques réflexions. J'ai trouvé l'opération de M. Nélaton intéressante, parce qu'elle permet, tout en donnant une mobilité suffisante, de ménager le squelette dans une région où il doit être respecté le plus possible. A ce point de vue là, on ne peut comparer la hanche au coude. Là je ne peux partager l'opinion de mes collègues, et j'estime qu'il faut se comporter autrement.

Les mauvais résultats thérapeutiques observés à la suite des résections tiennent à des défauts opératoires ; et si je parle ainsi, c'est que j'ai des observations très démonstratives à ce point de vue là. C'est ainsi que je pourrais vous présenter une institutrice qui avait une ankylose des deux coudes; je l'ai réséquée des deux côtés et le résultat est très bon. Du reste je tâcherai de vous la présenter.

Il faut, au coude, faire une opération large et mobiliser deux ou trois jours après l'opération. Il n'y a aucun inconvénient à beaucoup réséquer de tissu osseux, et je ne partage pas l'opinion de M. Delbet qui trouve que les résultats des résections du coude ne sont pas satisfaisants. Les miens le sont au point de vue de la solidité et de la mobilité.

Pour ce qui est des pincements et de la sensibilité du cubital, après les opérations, je dirai que les opérations larges mettent

davantage à l'abri de ces accidents que les opérations économiques. A la suite de ces dernières, le cubital se trouve être en contact avec des saillies osseuses par lesquelles il est froissé.

M. Routier. — Je répondrai à M. Championnière que la première opération que j'ai faite à mon malade était très large, puisque j'avais fait sauter toute l'extrémité inférieure de l'humérus et toute la partie des os de l'avant-bras, à partir du col du radius. Il s'était reproduit du tissu fibreux très dense que j'ai détruit dans la seconde opération, et qui s'est reproduit encore et a enserré le nerf cubital.

M. Quénu. — Je ne crois pas avoir fait dévier la discussion. M. Nélaton nous a apporté ici une méthode générale de traitement des ankyloses; j'en ai fait, au coude une application particulière, et dont j'ai indiqué le résultat.

Je ne puis souscrire à l'opinion de M. Championnière prétendant qu'après la résection large on n'a pas de réankylose. Je pourrais lui citer le cas d'une jeune fille que j'ai opérée en 1888. Dès le quatrième jour ou le cinquième jour, j'ai mobilisé, et, quoiqu'il n'y ait pas eu de suppuration, l'ankylose s'est reproduite. A partir du cinquième jour environ, je lui donnai tous les trois ou quatre jours du chloroforme pour la mobiliser. Tantôt je la mettais en extension, tantôt dans la flexion. Néanmoins l'ankylose est devenue définitive.

Il en était de même chez une malade que j'ai opérée il y a deux ans et qui n'a bénéficié que très peu de mon intervention.

Chez l'opérée, au contraire, dont je viens de lire l'observation, je n'ai pas eu à m'occuper de la mobilisation. Je ne me suis occupé que de lui refaire des muscles.

M. Tuffier. — Puisqu'on discute les moyens d'empêcher la réankylose après les résections articulaires, je me permets de rappeler à la Société le procédé dont je l'ai entretenue il y a un an en lui présentant le malade chez lequel je l'ai employé pour la première fois (séance du 1er mai 1901). Ce procédé, que j'ai désigné sous le nom de « résection chondroplastique » et qui n'est applicable, il est vrai, qu'aux articulations simples, comme celles de l'épaule et de la hanche, consiste essentiellement, au lieu de supprimer la tête de l'humérus ou du fémur, à la sectionner au ras du cartilage articulaire, puis à réadapter et à suturer ce fragment ostéo-cartilagineux à l'extrémité sectionnée de la diaphyse. On obtient ainsi une surface lisse qui permet une

mobilité plus grande et plus rapidement acquise dans la néarthrose et empêche à coup sûr la réankylose.

Le malade que je vous ai présenté jadis a conservé depuis toute la mobilité de sa nouvelle jointure. D'autre part, j'ai eu l'occasion de faire deux autres fois cette même opération et cela avec le même succès.

M. Poirier. — Je n'ai jamais eu la bonne fortune d'avoir affaire à des ankyloses complaisantes comme celle dont vient de nous parler M. Tuffier.

Je n'ai jamais trouvé dans des ankyloses des articulations dont les cartilages diarthrodiaux eussent l'intégrité qui permettrait de faire l'opération indiquée par M. Tuffier.

M. Tuffier. — Je répondrai à M. Poirier que si, en effet, il y a des ankyloses dans lesquelles les surfaces articulaires sont détruites, il en est d'autres où ces surfaces restent plus ou moins intactes, les lésions portant surtout sur les parties molles périphériques de la jointure.

M. Kirmisson. — Dans les cas où le cartilage articulaire est suffisamment intact, comme il arrive dans les traumatismes, je fais l'hémi-résection, c'est-à-dire une résection portant sur un seul des segments de l'articulation. Je me joins à mes collègues pour dire que certaines ankyloses récidivent après résection, quoi que l'on fasse ; c'est pourquoi je trouve heureuse l'idée de l'ostéotomie avec interposition musculaire dans le traitement des ankyloses.

M. Berger. — Je crains que, dans les arthrites blennorragiques, les résultats des résections ne soient pas aussi bons qu'on vient de le dire, parce que dans ces cas-là, les lésions portent surtout sur les tissus fibreux périarticulaires qui se rétractent et reproduisent l'ankylose.

Occlusion intestinale.

M. Walther fait une communication sur l'existence de brides coliques et péricoliques expliquant les cas d'occlusion analogues à ceux de M. Quénu.

M. Routier. — Dans la communication de notre collègue Quénu, qu'il a intitulée : Du rôle de l'angle colique gauche dans les occlusions intestinales, importance prédominante des petites brides péricoliques, l'auteur fait d'abord une étude critique du rôle de cet angle colique, étude basée sur des expériences anatomiques. Je ne le suivrai pas sur ce terrain, n'ayant pas observé de fait clinique de ce genre, et n'ayant fait aucune expérience sur ce sujet.

Mais à propos de sa seconde communication, il me semble que nous sommes tous d'accord avec lui, et que nous pourrions tous sans doute apporter des faits nombreux sans jeter un jour bien nouveau sur cette pathogénie de l'occlusion intestinale ; pour ma part j'en ai observé un grand nombre.

Il a cité quelques observations, trop courtes malheureusement pour pouvoir être discutées, d'occlusions après des laparotomies diverses, occlusions attribuées à de la paralysie ou de la parésie intestinale.

J'avoue que sur ce point mon opinion est très ferme, elle n'est pas nouvelle, je l'ai exprimée ici à propos des diverses discussions sur l'occlusion : pour moi, toutes les occlusions post-opératoires sont le résultat de péritonites ou de septicémies péritonéales ; les lésions sont quelquefois tellement minimes qu'on se rend compte facilement qu'elles aient pu échapper à l'autopsie.

Il en est tout autrement des occlusions intestinales non consécutives à des opérations ; ici les brides péritonéales de toute sorte jouent un rôle prépondérant, et il est certain que toute cause d'inflammation antérieure entre en ligne pour favoriser l'existence de ces brides, pour amener des adhérences anormales.

Mais je crois que c'est là un fait connu et admis par tous les chirurgiens ; quand, en face d'une occlusion intestinale, on est arrivé par élimination à ignorer la cause de l'occlusion, on pense aux brides, aux adhérences ; et quand j'interroge mes malades, c'est toujours avec le plus grand soin que je scrute leurs antécédents ; la moindre manifestation antérieure du côté de l'abdomen est scrupuleusement relevée.

Avouons que bien souvent on ne trouve rien, qu'on reste devant le symptôme occlusion, et que la cause reste le plus souvent douteuse.

Les brides, les fausses adhérences sont en effet souvent la cause de ces occlusions. Sans remonter bien haut dans mes souvenirs, j'ai eu cette année même deux cas très typiques :

Le 9 avril, on portait, le soir, dans mon service un homme de cinquante-deux ans toujours bien portant jusque-là, sauf quelques crises de coliques hépatiques.

Il était gros, obèse.

Deux jours avant, en pleine santé, il avait été brusquement pris de douleurs violentes dans le ventre, suivies de vomissements; en même temps, les selles, les éruptions de gaz par l'anus avaient été complètement supprimées.

Dans la nuit on demande notre collègue de garde, c'était Demoulin; il vint voir le malade et ne crut pas devoir intervenir. Le matin du 10, cet homme était dans un état précaire, la langue sèche, le facies grippé, le pouls petit, rapide sans température.

On avait fait des injections de sérum,

L'occlusion était toujours complète, le ventre était tendu, ballonné, aussi douloureux à droite qu'à gauche.

Rien au rectum, rien à la vessie.

Malgré le peu de chances de succès, je ne crus pas devoir priver cet homme de la petite chance que lui offrait une laparotomie. Et je la pratiquai.

Les anses d'intestin paraissaient saines; cependant je trouvai facilement une anse du grêle qui était rétractée, et qui n'avait guère que le volume d'un intestin de poulet.

C'était vers la fin de l'intestin grêle; je lève une bride épiploïque, cette anse reprend son volume normal. Je vois l'appendice sain accompagné d'un méso très graisseux.

Sur le gros intestin, je détruis une série de brides dues à des adhérences anormales d'appendices épiploïques.

Ne trouvant plus rien, je referme.

Deux jours après, le malade mourait, et à l'autopsie nous trouvions, outre un cancer massif du foie, une série d'étranglements sur la partie terminale de l'S iliaque, dus à des adhérences anormales d'appendices épiploïques.

Dans un autre cas, j'ai été plus heureux, j'ai sauvé une malade, bien qu'elle fût au cinquième jour d'une occlusion complète dont la cause avait échappé, et qui était due à des brides épiploïques.

M. Terrier. — Je ne répondrai pas longuement à ceux de mes collègues qui ont pris la parole sur la question que j'ai soulevée.

Je ne sais pas, chez la malade dont j'ai publié l'observation, s'il existait ou non une bride dans l'angle gauche du côlon, car, pour le savoir, il eut été nécessaire de réséquer le diaphragme et les dernières côtes. Ce que je sais, c'est que la malade se plaignait depuis fort longtemps de douleurs dans le côté, qu'il paraissait y avoir un obstacle au niveau de l'angle gauche du côlon, et j'ai fait une entéro-anastomose de façon à boucher les deux parties de l'intestin, situées l'une au-dessus, l'autre au-dessous de cet angle.

Quant à la théorie, je n'en fais pas; qu'il s'agisse d'une bride ou d'un rétrécissement, j'ai conclu, de mes recherches, que la question de ces occlusions intestinales était très embrouillée. Que le côlon transverse, dans ces cas, soit insuffisamment soutenu ou ne le soit pas, je ne saurais le dire; je n'ai pas fait des expériences analogues à celles de M. Quénu qui ne me paraissent pas très concluantes.

J'ai fait une opération dans un cas obscur; cette opération a bien réussi, c'est tout ce que je voulais vous exposer.

M. Quénu. — Je suis d'accord avec M. Walther sur presque tous les points, sauf sur un seul où il a été plus loin que M. Terrier quand il a dit qu'il n'existait pas de bride. Or, M. Terrier n'a pas dit qu'il n'en existait pas, il nous a dit qu'il n'en savait rien.

Je répondrai à M. Routier que j'ai tenu un grand compte des conditions de l'intestin vivant et notamment des contractions. Si j'ai fait des expériences cadavériques, c'est pour les opposer aux expériences cadavériques de M. Adenot. Je n'ai pas eu la naïveté de prétendre que j'ai découvert les brides péritonéales consécutives à la péritonite. J'ai seulement appelé l'attention sur ces petites brides coliques que l'on observe chez les individus qui n'ont aucune espèce de passé abdominal et qui n'ont eu que quelques coliques ou un peu d'entérite, et c'est là, je pense, le côté original de ma communication.

Présentation de malades.

Présentation de malade et de pièce. Fistule congénitale du cou ouverte dans le pilier postérieur du voile du palais. Opération. Guérison.

M. Jalaguier. — Il s'agit du jeune homme que je vous ai présenté dans la séance du 16 avril dernier.

L'opération a été pratiquée le 21 avril.

Longue incision suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien, commençant à un centimètre et demi au-dessous du lobule de l'oreille et s'arrêtant au tiers inférieur du cou. Le trajet fistuleux est découvert au-dessous du peaucier. Section entre deux liga-

tures de ce trajet, au niveau de la partie moyenne du cou. Cautérisation des deux surfaces de section. Isolement du bout supérieur qui s'enfonce sous le sterno-mastoïdien et s'engage au-dessous d'une grosse veine faciale anormale qui est coupée entre deux ligatures. Le trajet est disséqué sans grandes difficultés; il est entouré d'une couche lâche et passe au-dessus du nerf grand hypoglosse. La glande parotide étant fortement relevée, il peut être suivi, passant entre les deux carotides, jusque dans le pilier postérieur du voile du palais où il termine par une dilatation ampullaire. Sur cette ampoule, le plus près possible du voile, une ligature au catgut est placée au moyen de deux pinces. Section du trajet et cautérisation du moignon. Drainage et suture.

Dans un second temps, l'incision est prolongée jusqu'à la clavicule et la partie inférieure du trajet, ainsi que l'ampoule, sont enlevées sans difficultés. Suture sans drainage, la poche kystique n'ayant pas été ouverte.

La guérison se fit par première intention pour la partie supérieure. La partie inférieure, où se trouvait la poche purulente, donna lieu pendant quelques jours à un léger écoulement séro-purulent. Voilà deux mois que la guérison est complète.

L'examen histologique du kyste a été pratiqué au laboratoire des Enfants-Assistés par M. Bigard; en voici le résumé : kyste formé d'une paroi à trois couches : couche fibreuse externe; couche moyenne lymphoïde, poussant des villosités à structure lymphoïde comparables à des follicules clos; épithélium cylindrique ressemblant à l'épithélium respiratoire.

La partie supérieure du trajet ayant été égarée, je ne puis dire si l'épithélium était le même au niveau de l'abouchement pharyngien.

Je vous présente ici la poche kystique, dont la paroi épaisse est très vasculaire et dont la face interne irrégulière, est sillonnée de minces trabécules et de saillies rappelant vaguement l'aspect de l'intérieur des ventricules du cœur.

L'orifice de la fistule au niveau du voile paraît oblitéré; l'exploration par le doigt ne révèle aucune induration dans l'épaisseur du pilier. Je crois que la guérison, qui date de deux mois, peut être considérée comme définitive.

Luxation avec plaie de la phalangette du pouce.

M. Pierre Delbet. — Je vous présente un malade qui a été atteint d'une luxation avec plaie de la phalangette du pouce gauche. Ce qu'il y avait de particulier dans cette luxation, c'est qu'elle s'accompagnait d'une fracture longitudinale de la phalange. Le ligament latéral externe avait entraîné un fragment osseux allongé, détaché du bord externe de la phalange.

Ce fragment osseux s'est nécrosé, et, la plaie étant infectée, il s'est produit une arthrite purulente. La phalange unguéale était immobile; il existait une fistule donnant du pus, et les douleurs étaient incroyablement vives.

J'enlevai le fragment nécrosé et je fis à la curette une résection large de l'articulation infectée. Je laissai tout ouvert en tamponnant la cavité comprise entre les deux os.

Le résultat de mon intervention a de beaucoup dépassé mes espérances. La restitution de la forme est complète. L'articulation est solide et mobile. Le malade se sert de son pouce comme s'il n'avait jamais été malade.

Présentation de pièces.

Présentation de tubes contenant des urines recueillies avec le séparateur Luys.

M. Bazy présente des tubes contenant des urines recueillies au moyen du séparateur de M. Luys. Le malade chez lequel la séparation a été faite était porteur d'une hydronéphrose infectée, auquel j'ai fait allusion dans un rapport sur un cas d'anurie calculeuse envoyé par M. Suarez de Mendoza, et chez lequel, après néphrotomie au moyen de laquelle j'ai retiré 700 grammes de liquide purulent, j'ai installé un tube qui m'a permis de recueillir le liquide sécrété par la ponction hydronéphrotique, sans que le pansement ait été une seule fois souillé. Ce malade porte encore ce tube grâce auquel on peut recueillir tous les jours environ 150 à 200 grammes de liquide.

J'ai pensé que le rein de ce côté n'envoyait pas une goutte de ce liquide dans la vessie; j'ai voulu le vérifier; j'ai introduit le séparateur de Luys, et comme vous le voyez, le côté opéré, côté droit, ne laissait rien couler; du côté gauche il s'est écoulé une urine de

teinte semblable à celle qu'il venait d'émettre immédiatement avant l'introduction de l'appareil séparateur, et cette urine diffère totalement de celle que nous avons recueillie pendant le même temps par la fistule lombaire. Ainsi donc la séparation a été parfaite dans ce cas.

Présentation d'une épreuve radiographique montrant l'utilité des rayons X dans l'examen de certains calculs vésicaux.

M. MAUNOURY. — Je vous présente une épreuve radiographique qui montre l'utilité des rayons X dans l'examen de certains calculs vésicaux.

Une jeune fille de dix-huit ans entra dans mon service le 11 juin pour des troubles urinaires dont elle faisait remonter le début au 23 mars. A deux reprises, en novembre 1901 et janvier 1902, elle avait rendu de petits calculs phosphatiques, mais elle affirme qu'elle n'éprouvait alors ni douleurs, ni fréquence des mictions; en février elle urina un peu de sang, mais c'est seulement à partir du 23 mars, jour où elle rendit un calcul du volume d'une noisette, qu'elle fut prise de dysurie et de ténesme très douloureux. Elle niait avoir jamais introduit un corps étranger dans son urètre.

A son entrée elle souffrait beaucoup, la température était de 39°2, l'urine était purulente et sanglante, la sonde métallique rencontrait de suite un gros calcul fermant le col de la vessie, laquelle ne pouvait plus conserver que quelques gouttes de liquide.

Le 20 juin je procédai à la lithotritie; le calcul était solidement fixé en haut et en avant; dès qu'avec l'instrument on essayait de le repousser, il reprenait de suite sa place derrière la symphyse pubienne. Je le broyai en partie, très facilement d'ailleurs, car il était phosphatique, mais à un moment je crus sentir un petit corps métallique. Ce signe, joint à la fixité du calcul qui persistait malgré le broiement partiel, me fit penser à un calcul développé autour d'un corps étranger, et je suspendis l'opération pour m'en assurer à l'aide de la radiographie. L'épreuve que j'obtins et que je vous montre permet d'apercevoir un calcul du volume d'un marron traversé par une épingle à cheveux dirigée transversalement et dont les branches sont tournées à gauche. De suite, je fis la taille hypogastrique; arrivé sur la vessie, je sentis à travers la paroi antérieure, avant de l'ouvrir, le calcul formant une barre transversale dure simulant une seconde symphyse pubienne derrière la symphyse véritable. Après l'incision de la paroi vésicale, j'allai

avec le doigt chercher une des branches de l'épingle là où la radiographie l'indiquait, c'est-à-dire à gauche; je la sortis de la vessie, et, la saisissant avec un davier, je la tirai au dehors, entraînant le calcul avec elle; je vous montre le tout tel que je le retirai. La vessie fut suturée; aujourd'hui la malade ne souffre plus et une sonde à demeure laisse couler de l'urine normale.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche.

M. Potherat. — Je vous présente un kyste dermoïde que j'ai enlevé il y a huit jours, au niveau du plancher de la bouche d'une jeune dame de vingt-sept ans.

Opéré deux fois en plusieurs années, le kyste avait toujours récidivé, probablement parce qu'il n'avait pas été enlevé en totalité. On sait, en effet, que l'incision simple, ou même l'ablation partielle de ces productions pathologiques est presque fatalement suivie de récidive.

La malade s'était présentée à moi comme atteinte de grenouillette. Elle portait en effet, sous la pointe de la langue, au niveau du plancher de la bouche, une tumeur arrondie, fluctuante, mais qui différait d'une grenouillette par plusieurs caractères.

Tout d'abord cette tumeur, bien que du volume d'un gros œuf de poule, faisait à peine saillie derrière l'arcade dentaire à l'état de repos, c'est-à-dire dans la résolution musculaire; mais la malade venait-elle à contracter les muscles de la langue en relevant cet organe contre le palais, alors on voyait apparaître brusquement une grosse tumeur.

En second lieu, cette tumeur arrondie, bien que plus développée à droite de la ligne médiane, n'était pas latérale; elle dépassait de près d'un tiers la ligne médiane pour se porter à gauche.

En outre, elle était recouverte d'une muqueuse buccale normale, de couleur, d'aspect, et d'épaisseur, et non de cette muqueuse très-amincie, pelliculaire et absolument translucide qu'on observe dans la grenouillette sublinguale. La masse était nettement opaque. Enfin, on constatait aisément au palper du plancher de la bouche, *intus* et *extra*, que la tumeur était fluctuante; mais ce n'était pas la fluctuation nette, évidente, de la grenouillette, c'était une rénitence un peu pâteuse véritablement spéciale.

J'ai enlevé cette tumeur en l'énucléant par la voie buccale, et

cela très facilement de la manière que je vais décrire, en m'aidant exclusivement de l'anesthésie à la cocaïne en solution au centième.

Après avoir fait saillir la tumeur sur le plancher de la bouche, j'incisai largement la muqueuse, puis j'ouvris franchement le kyste. Une matière sébacée fut projetée en abondance au dehors; mon index introduit dans la poche y disparaissait aux trois quarts; je vidai bien la poche, je l'essuyai avec soin, puis je l'attirai peu à peu en la libérant tout autour facilement et rapidement à l'aide de ciseaux.

Je pus ainsi l'examiner en entier au dehors et constater qu'elle ne tenait solidement qu'en un point répondant au niveau de l'apophyse géni supérieure du côté droit, d'où je la détachai sans qu'à aucun moment le revêtement interne de la poche ait été interessé.

La surface interne de ce kyste est tomenteuse, elle a l'aspect de la peau lavée et comme macérée. Elle ne contenait que de la matière sébacée et quelques poils follets très-rares et très fins qu'on ne voyait qu'au jour frisant.

Il s'agit donc d'un kyste dermoïde adgénien. Ce nouveau cas vient s'ajouter aux faits déjà connus et montre qu'un certain nombre de ces kystes peuvent, ainsi que l'avait déjà montré Gérard Marchant, être énuclés par voie buccale. La malade n'a présenté aucun accident consécutif; elle est aujourd'hui complètement guérie.

Le Secrétaire annuel,

P. BAZY.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Rochard qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. Brun, qui demande un congé d'un mois, pour raison de santé.

4°. — Une lettre de M. L. Beurnier, qui demande un congé du 8 juillet au 1er août, pour raison de santé.

A propos du procès-verbal de la dernière séance.

Sur le rôle de l'angle colique dans les occlusions intestinales (1).

M. Walther. — Dans notre dernière séance, notre collègue, M. Quénu, au cours d'une étude très documentée sur le rôle de l'angle colique dans les occlusions intestinales, nous a signalé un fait fort intéressant sur lequel il a attiré avec insistance notre attention. Ce fait, c'est l'existence constatée par lui, dans plusieurs

(1) Cette communication, remise par erreur en retard, n'a pu être insérée dans le dernier bulletin. Elle y devait prendre place à la page 730.

observations sur le cadavre, « de brides très petites, en ficelles, barrant et sillonnant la fin du côlon transverse ».

Je tiens à apporter quelques observations à l'appui de la description que M. Quénu nous a donnée de ces petites brides.

Je les ai trois ou quatre fois rencontrées au cours de laparotomies pour appendicite chronique avec épiploïte. Toujours elles siégeaient sur la face postérieure du côlon transverse, minces, courtes, « en ficelles », comme l'a très bien indiqué M. Quénu. Jamais je ne les ai vues provoquer d'occlusion vraie. Mais elles contribuaient certainement à entretenir des troubles de colite chronique par gêne de la circulation intestinale.

Je vous demande la permission de vous rapporter le résumé d'une observation dans laquelle elles offraient une disposition remarquable et jouaient un rôle évident dans les accidents intestinaux, comme l'a démontré la guérison qui a suivi l'intervention.

Une femme de trente-cinq ans, que j'avais, deux ans avant, soignée pour une métrite, me consulta pour des troubles intestinaux dont elle souffrait depuis fort longtemps, mais qui depuis quelques mois étaient beaucoup plus intenses. Je constatai une colite muco-membraneuse très accentuée, et, de plus, un point douloureux que je crus pouvoir rapporter à de l'appendicite chronique. Outre la douleur nette au point de Mac Burney, on sentait une petite masse allongée, couchée contre le cæcum et qui ne pouvait être que l'appendice ou l'épiploon. Devant l'échec de tous les traitements médicaux, des régimes depuis longtemps suivis régulièrement par la malade, je me décidai à intervenir.

Laparotomie le 14 janvier 1899. Incision latérale d'appendicite. Appendice sous-iléo-cæcal, très petit, de 5 centimètres de long, grêle, comme atrophié, avec un méso épais, chargé de graisse. Résection de l'appendice.

Épiploon gras, flasque, sans adhérences au cæcum ni au côlon ascendant. Tout cet épiploon porte des traces d'inflammation chronique, brides fibreuses, d'aspect tendineux, nodules fibreux, formant de véritables centres de rétraction siégeant surtout à la face postérieure de l'épiploon. En le relevant, on voit nettement au niveau du côlon transverse quatre petites brides fibreuses, régulièrement échelonnées à 2 ou 3 centimètres de distance ; ces petites brides, enserrent la face postérieure et le bord inférieur du côlon et se perdent dans l'épiploon à son bord adhérent. Entre les brides l'intestin est dilaté, de sorte que sa face postérieure est bosselée de trois grosses ampoules enserrées par les quatre brides. Résection des brides. Résection de l'épiploon tout entier en quatre pédicules isolés pour éviter toute coudure de l'intestin.

Après l'intervention, les troubles digestifs ont disparu, la colite a guéri. J'ai revu la malade en juin 1901, plus de deux ans après l'opération. Elle ne souffrait plus et digérait bien. Cette année même j'ai eu occasion de constater que la guérison s'était bien maintenue.

Il est certain que, dans ce cas, les troubles ne pouvaient être attribués à l'appendicite. L'appendice était atrophié, sclérosé. La colite était bien entretenue peut-être par l'épiploïte chronique, mais surtout par la gêne que provoquait dans la circulation intestinale la présence de ces quatre petites brides péricoliques de disposition si caractéristique que j'en avais fait immédiatement après l'opération un dessin schématique que je vous présente.

Si j'ai observé plusieurs fois, comme je vous le disais, ces petites brides péricoliques, c'est que j'ai l'habitude, dans les interventions pour appendicites chroniques, d'enlever tout l'épiploon, pour peu que je le trouve adhérent ou simplement atteint d'inflammation chronique.

Par ces adhérences, par la rétraction qu'il subit du fait de la sclérose inflammatoire, il provoque en effet des troubles variés, douleurs, troubles digestifs dus à des coudures de l'intestin, etc.

J'ai insisté sur ces faits en 1898, au Congrès de chirurgie ; mon ami et ancien interne M. Levrey en a fait, sur mon conseil, l'objet de sa thèse inaugurale.

J'ai observé plusieurs fois des tiraillements évidents de l'intestin, de l'estomac par l'épiploon adhérent et rétracté. Deux fois j'ai vu l'estomac tiraillé par l'épiploon adhérent au cæcum, au point que la grande courbure apparaissait sous la lèvre interne de l'incision iliaque d'appendicite ; les signes de dilatation de l'estomac disparurent après l'intervention. Dans plusieurs cas, j'ai constaté une coudure exagérée de l'angle droit du côlon ascendant par l'épiploon rétracté. Jamais je n'ai trouvé cela du côté gauche.

M. Quénu a signalé un fait très intéressant, l'existence des adhérences épiploïques loin du foyer initial du mal. Il est en effet très fréquent de voir ces adhérences se produire à distance, loin de l'organe qui a été le point de départ des lésions péritonéales. Dans une communication que je vous ai faite il y a deux ans (séance du 9 mars 1900), je vous avais apporté une statistique de ces adhérences épiploïques. Sur quatre-vingt-trois cas d'appendicite opérés à froid, j'avais trouvé dix-huit fois des adhérences épiploïques ; et trois fois seulement sur ces dix-huit cas, l'épiploon adhérait à l'appendice.

Dans les cas de colite chronique avec appendicite, alors qu'il n'y a pas eu de poussée aiguë de péri-appendicite, je crois que

c'est la colite elle-même qui est le point de départ de l'épiploïte, des brides péri-coliques et des autres adhérences péri-intestinales. Et cela se fait par un travail lent de péritonite chronique, car il est frappant de voir que c'est dans les cas où la maladie a évolué de la façon la plus torpide qu'on trouve les adhérences péri-coliques et les épiploïtes chroniques les plus accentuées.

Mais ce sont là des points dont l'étude m'entraînerait hors de la question, et je ne voulais qu'apporter quelques faits à l'appui des idées soutenues ici par M. Quénu.

Irai-je jusqu'à dire avec lui que dans l'observation de M. Terrier il s'agissait probablement d'une bride péri-colique? je ne le crois pas, car ces brides sont faciles à reconnaître à la palpation ; en suivant l'intestin, on les charge sur le doigt ; et si M. Terrier n'a rien pu sentir, il est vraisemblable qu'il y avait ou une coudure exagérée de l'angle du côlon ou un rétrecissement de l'intestin.

Rapports.

I. *Atrésie du col utérin. Hydrométrie.* — II. *Absence de vagin, obturation de l'utérus par un hymen profondément situé. Hématométrie*, par M. le Dr Fontoynont, professeur à l'École de médecine de Tananarive.

Rapport par M. CHAPUT.

La première observation de M. Fontoynont est relative à une femme de cinquante ans, qui avait eu sa ménopause cinq ans auparavant.

Elle se plaignait de ce que son ventre grossissait ; elle racontait aussi avoir eu par le vagin un écoulement de liquide clair comme de l'eau.

A l'examen, on constatait un utérus volumineux remontant à un travers de main au-dessus du pubis. Le col examiné au spéculum ne présentait pas d'orifice, mais une simple dépression, ainsi que le prouve l'examen au stylet.

M. Fontoynont diagnostique une rétention de liquide dans l'utérus, il ponctionne le col, et fait sortir un litre de liquide jaune verdâtre, transparent, légèrement opalescent. Cinq mois après, la malade présentait une récidive. On fit une nouvelle ponction, et on plaça un drain dans l'utérus pendant une quinzaine de jours. La malade revue quelques mois après ne présentait pas de récidive.

Le liquide a été analysé par M. Boissière; il présentait comme particularité intéressante que le résidu fixe s'élevait à 121 grammes par litre; il contenait, en outre, de la sérumalbumine (71 grammes) et de la globuline (17 gr. 70).

Il s'agit, en somme, d'une hydrométrie consécutive à une atrésie sénile du col utérin. Cette atrésie est assez fréquente, elle est bien connue des gynécologues ; elle porte ordinairement surtout sur l'orifice interne; mais, dans quelques cas, elle s'étend à tout le canal cervical et même à l'orifice externe comme c'est le cas ici.

Cette atrésie produit la rétention des sécrétions utérines ; le liquide retenu peut être clair, très souvent aussi il est purulent; le pus est souvent aseptique et contient des globules blancs et des cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse.

L'hydrométrie sénile a été signalée par Schrœder, en quelques lignes, avec une figure à l'appui.

J'ai moi-même observé plusieurs cas de pyométrie.

La ponction exécutée par M. Fontoynont devait fatalement être suivie d'une nouvelle atrésie; c'est, en effet, ce qui a eu lieu. Lorsque la malade est revenue, notre collègue a utilisé l'orifice de la ponction et a placé dans l'utérus un drain qui est resté en place pendant une quinzaine de jours.

Il paraît qu'au bout de quelques mois la récidive n'avait pas eu lieu, mais rien ne dit qu'elle ne se produira pas. La récidive pourrait, d'ailleurs, manquer en raison de l'atrophie sénile de l'élément glandulaire de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, le drainage ne saurait nous garantir contre le retour de l'hydrométrie, et je serais d'avis, en pareille circonstance, de pratiquer une amputation du col, et d'ourler de muqueuse le nouvel orifice utérin.

On pourrait obtenir, à moins de frais, un résultat identique, en plongeant à demeure, dans l'utérus, un drain en verre avec renflements aux deux extrémités, pour l'empêcher de remonter dans l'utérus ou de tomber dans le vagin. J'ai employé de ces tubes avec succès dans des cas analogues.

A propos de l'analyse du liquide, M. Fontoynont remarque que, lorsqu'un liquide abdominal présente un résidu fixe égal à 70 gr. pour Méhu, à 100 grammes pour Quénu, son origine ovarienne est à peu près certaine, et il se demande si, pour cette raison, ce liquide ne proviendrait pas de l'ovaire.

Je tiens à dire que les règles données par Quénu et Méhu tendent à distinguer les uns des autres les liquides ascitiques et ceux des kystes des ovaires ou des ligaments larges, voire même des kystes de l'utérus.

Jamais ces auteurs n'avaient pensé qu'on pousserait le parallèle jusqu'au liquide retenu dans l'utérus atrésié.

Il ne saurait y avoir le moindre doute : le liquide en question provenait de la sécrétion de la muqueuse utérine, et l'ovaire ne saurait être incriminé en aucun cas.

Dans la seconde observation de M. Fontoynont, il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans réglée depuis un an environ ; depuis six mois, les règles sont suspendues, mais elle éprouve mensuellement des douleurs violentes, en même temps que son ventre se ballonne. Mariée récemment, elle se plaint que les rapports conjugaux sont difficiles, l'introduction étant tout à fait insuffisante.

Au toucher, le vagin, très court, ne mesure que 35 millimètres de profondeur ; le doigt bute contre une membrane résistante et élastique, sans orifice aucun, qui bombe en bas, repoussée qu'elle est par le col utérin dont la saillie détermine autour de lui un cul-de-sac circulaire.

A l'inspection des organes génitaux, on ne découvre pas l'hymen ni ses débris, mais on constate que la membrane obturatrice paraît reliée au méat par une sorte de bride. L'utérus, mou et très volumineux, s'élève jusqu'à l'ombilic. M. Fontoynont diagnostique une malformation génitale avec rétention menstruelle. Il incise largement la membrane ; immédiatement sort du col utérin un liquide épais, noir comme du goudron ; il facilite l'évacuation de l'utérus avec une curette.

Tout se passe bien d'abord, mais, au bout de quatre jours, surviennent des douleurs avec tuméfaction du ventre ; on constate dans le cul-de-sac droit une tumeur fluctuante annexielle du volume d'une orange ; notre collègue l'évacue par la ponction et tout rentre dans l'ordre.

La thérapeutique de M. Fontoynont a été absolument correcte, et nous n'avons aucune remarque à présenter à ce sujet. L'auteur présente ensuite des réflexions fort intéressantes sur la nature de cette malformation.

Il nous montre d'abord que la membrane obturatrice, appliquée étroitement sur le col utérin, l'obturait comme une main sur un goulot de bouteille.

Cette membrane épaisse était reliée au méat par une bride ; on voyait autour du méat une sorte de collerette caractéristique, de telle sorte qu'on retrouvait l'appareil hyménéal au complet : hymen, bride masculine, bourrelet du méat. La membrane n'était donc que l'hymen.

Le cul-de-sac qui la précédait n'était que le vestibule vulvaire fortement agrandi par les tentatives de coït.

Le vagin manquait; l'arrêt de développement n'a donc porté que sur l'extrémité inférieure, vaginale des canaux de Müller.

Ce fait prouve clairement la justesse de la théorie d'Hermann et Tourneux, adoptée par Pozzi, d'après laquelle l'hymen a une existence propre, indépendante du vagin, et naissant par deux replis sur les parois du sinus uro-génital. Dans cette observation, le vagin manque entièrement, et l'hymen existe; donc l'hymen n'est pas formé par le vagin.

L'hydrosalpinx observé après l'évacuation de l'utérus peut s'expliquer de la façon suivante : l'utérus en diminuant de volume a modifié la direction de la trompe qui s'est courbée et a présenté alors de la rétention de ses sécrétions muqueuses. Cette sécrétion s'est produite d'autant plus facilement que les trompes sont d'ordinaire dilatées aussi par le sang, et qu'après évacuation elles sécrètent *ex vacuo*.

Fracture verticale du bassin à gauche. Disjonction du pubis. Rupture extra-péritonéale de la vessie. Guérison, par M. Souligoux, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. C. Walther.

Il y a quelques mois, M. Souligoux a présenté à la Société de chirurgie un malade qu'il avait guéri d'une rupture de la vessie par fracture du bassin. Vous m'avez chargé de vous rendre compte de cette observation.

M. Souligoux nous l'a donnée sous forme d'un résumé, de sorte que je ne saurais la raccourcir encore pour vous exposer l'histoire de ce malade.

Je vous lis donc en entier la note de M. Souligoux :

Le nommé D..., Louis, âgé de quarante et un ans, tomba le 30 octobre sous les roues d'une voiture lourdement chargée, d'un poids, d'après son dire, de 2.000 kilogrammes.

L'interne de garde lui mit une sonde à demeure.

Le matin, quand je le vis, le pouls était bon, la température normale. L'urine qui s'écoulait par la sonde était fortement teintée par du sang. La région hypogastrique était saillante ainsi que les deux fosses iliaques. En pressant sur les fosses iliaques on faisait jaillir une urine sanglante. Par une pression latérale sur le bassin on percevait nettement de la crépitation.

Le diagnostic porté fut rupture de la vessie et fracture du bassin, et le malade fut opéré de suite.

On voit, le ventre étant ouvert près du pubis, mais sans que le péri-

toine soit incisé, que toute la cavité de Retzius les deux fosses iliaques sont remplies de sang mélangé d'urine. Le péritoine a été décollé et repoussé vers le haut. Le pubis est disjoint et écarté d'une étendue de 3 centimètres.

La vessie est rompue latéralement de haut en bas et d'avant en arrière sur une étendue de 5 centimètres. La ligne de rupture part du du milieu de la face latérale extrapéritonéale et atteint presque la face inférieure. La suture en est faite sur deux plans. Le pubis est reconstitué par deux gros catguts. Une sonde à demeure est placée dans la vessie. La cavité de Retzius est drainée.

L'état du malade les jours suivants est excellent; au 5e jour, la sonde s'étant oblitérée, la vessie lâche en un point; on met dans la vessie une sonde à plusieurs orifices et de suite l'écoulement des urines par la plaie cesse. Les fils de la paroi sont enlevés au 12e jour; la plaie est réunie, mais on laisse un drain dans la cavité de Retzius, que l'on enlève au 20e jour. L'orifice du drain se ferme peu à peu, la sonde est enlevée au bout d'un mois.

La radioscopie nous montre une fracture verticale du bassin à gauche, fracture siégeant au niveau de la cavité cotyloïde.

Les mouvements de rotation sont normaux, le mouvement de flexion est limité à la flexion de l'angle droit. Il existe un très léger raccourcissement dû au chevauchement du fragment ischio-pubien.

Telle est, Messieurs, l'observation de M. Souligoux; elle est muette sur quelques points qui eussent peut-être mérité plus de détails. C'est plutôt un regret que j'exprime qu'un reproche, car M. Souligoux a fait mieux que nous donner une observation très détaillée, il nous a présenté le malade guéri, et dans les meilleures conditions.

Je vous propose d'adresser à M. Souligoux des remerciements, et de l'inscrire en bon rang sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Communications.

Du rétrécissement blennorragique de la portion membraneuse de l'urètre,

par M. P. BAZY, en collaboration avec M. DECLOUX.

Il est classique de dire que les rétrécissements de la portion membraneuse ont une origine exclusivement traumatique; en d'autres termes, on dit une erreur, quand on dit d'un rétrécissement blennorragique qu'il siège dans la portion membraneuse.

Cette opinion exprimée et défendue par Hunter et Voillemier, reprise et énergiquement soutenue au nom de la clinique par M. Guyon, peut être aussi défendue au nom de l'anatomie pathologique.

Il suffit, pour en être convaincu, d'étudier les pièces anatomo-pathologiques de rétrécissement.

Le signe tiré de l'exploration digitale du périnée qui m'a permis d'établir un diagnostic certain entre le spasme de la portion membraneuse et le rétrécissement, ce signe, dis-je, est tiré de l'étude des pièces anatomiques.

En effet, la portion membraneuse de l'urètre n'est accessible que par l'anus ; la portion bulbaire ou juxta-membraneuse de l'urètre est accessible par le périnée. Donc, toutes les fois qu'on a affaire à un rétrécissement, la boule de l'explorateur introduit dans l'urètre sera sentie au périnée, preuve que l'obstacle est bien en avant de la portion membraneuse.

Cette notion doit donc rester classique : Le rétrécissement blennorragique de l'urètre n'est pas un rétrécissement de la portion membraneuse.

Toutefois, il y a, à cette règle, un correctif et des exceptions, et il sera utile de modifier la formule, comme nous allons le voir : car, pour le dire immédiatement, le processus qui forme le rétrécissement blennorragique peut atteindre la portion membraneuse, de telle sorte que la portion membraneuse peut *être rétrécie par une sclérose d'origine blennorragique.*

Bien plus, ce processus peut atteindre la portion prostatique du canal, et s'il ne la rétrécit pas, en général, c'est qu'il n'y est pas assez intense et que l'urètre prostatique est trop large pour être influencée sérieusement par le processus.

En 1894, étant chirurgien de Bicêtre, j'avais eu l'occasion de faire l'urétrotomie interne *in extremis* à un vieillard qui était venu me voir avec une vessie distendue et des signes d'infection profonde.

Je dus lui faire l'urétrotomie interne d'urgence : elle ne put le sauver; je fis l'autopsie, et grand fut, je l'avoue, mon étonnement, en voyant l'incision se prolonger sur la portion membraneuse et jusqu'à l'origine de la prostate. J'ai conservé cette pièce comme témoignage de la lésion me réservant, si un cas semblable se représentait, de l'examiner et de faire faire l'examen histologique des régions envahies par la sclérose.

On n'a pas fréquemment l'occasion de faire l'autopsie de rétrécis; c'est pourquoi j'ai dû attendre jusqu'à cette année-ci, pour trouver un cas semblable.

Un homme entre dans mon service avec tous les signes d'une infection urinaire grave.

Fièvre vive, langue, sèche, rôtie, délire, mains violacées, vessie distendue, douloureuse, rétrécissement ne laissant passer qu'une bougie filiforme.

Je dis à mon interne de lui faire l'urétrotomie interne d'urgence avec l'instrument de Maisonneuve.

L'opération ne présenta rien de particulier ; mais l'infection était trop profonde, l'opération ne put sauver le malade.

Je fis l'autopsie, et quel ne fut pas mon étonnement de constater, comme dans le premier cas, que l'incision se prolongeait sur la portion membraneuse de l'urètre : elle arrivait jusqu'au niveau de la prostate.

J'ai donc fait faire le dessin un peu grossier que je vous présente et qui montre bien que le maximum du rétrécissement siège dans la portion bulbeuse de l'urètre et à une certaine distance en avant de la portion membraneuse, ainsi qu'il est classique de le dire, mais en même temps on voit que la section s'étend sur la portion membraneuse.

On pourrait dire que cette section de la portion membraneuse était due à ce que le sphincter urétral contracturé n'avait pas fui devant l'instrument qui ainsi l'eût incisé. Mais on sait que cette portion membraneuse est souvent dilatée derrière les rétrécissements, et par suite peut échapper à l'action de l'instrument tranchant, surtout de l'instrument de Maisonneuve. C'est pourquoi il était utile de contrôler ces résultats ; c'est ce qu'a bien voulu faire, au laboratoire du Dr Brault, le Dr Decloux, avec sa bienveillance habituelle et sa compétence bien connue.

Voici la note qu'il m'a remise. Pour mieux faire comprendre et apprécier les lésions, il a pris l'urètre membraneux d'un garçon de douze ans, du passé urétral duquel nous étions sûrs, et il l'a comparé à l'urètre membraneux de ce rétréci.

Examen microscopique de la portion membraneuse de l'urètre. — « L'examen microscopique que nous avons fait a porté sur deux préparations de la portion membraneuse de l'urètre : l'une, provenant d'un jeune garçon de douze ans, sans passé urinaire, nous montre cette portion à l'état normal ; l'autre appartient au sujet qui fait l'objet de cette observation. Ces deux coupes sont destinées à mettre bien en relief les caractères différentiels des lésions que nous allons décrire.

« Prenons d'abord la portion saine :

« A la partie centrale, nous reconnaissons facilement la structure normale de l'épithélium de l'urètre : une couche superficielle (*épith. sup.*) formée de cellules cylindro-coniques, à noyau allongé occupant la partie profonde de la cellule ; au-dessous, une couche

profonde constituée par une ou deux rangées de cellules arrondies, à noyau central fortement coloré (*épith. pr.*). Une mince couche hyaline, membrane vitrée, sépare la muqueuse de la partie sous-jacente. Celle-ci ou chorion (*Chor.*) présente une série de papilles, d'inégale hauteur, qui soulèvent en autant de plis festonnés la muqueuse qui leur adhère.

« De forme cylindro-conique, ces papilles sont formées par un stroma conjonctivo-vasculaire : au centre, le plus souvent, une fente longitudinale représente le capillaire médian, bien reconnaissable à son endothélium interne ; il est entouré par de nombreux faisceaux conjonctifs, colorés en rose par l'éosine, avec leurs noyaux allongés caractéristiques. A la base des papilles, l'élément élastique se surajoute à l'élément conjonctif. Immédiatement sous le chorion, et ne s'en distinguant que par l'abondance des fibres élastiques, apparaît une couche spongieuse (*C. spong.* Fig. 5). Son aspect est dû à une série de lacunes vasculaires (*Si. vasc.* Fig. 6) allongées ou étoilées, remplies de globules rouges ; quelques artérioles se reconnaissent à leur forme arrondie et à leur membrane élastique interne.

« Des fibres musculaires lisses circonscrivent cette formation caverneuse : on retrouve les deux couches normales; l'interne à direction longitudinale (*F. musc. long.* Fig. 5), l'externe à direction circulaire (*F. musc. circ.* Fig. 5). Signalons au niveau de la réunion de la couche la plus interne avec le chorion sous-muqueux l'existence de quelques éléments glandulaires avec leur épithélium cubique au niveau des culs-de-sacs terminaux. (*Gland.* Fig. 5).

« Une deuxième couche musculaire entoure en partie la précédente, mais ses réactions colorantes la différencient facilement; vivement colorés par l'éosine, ses faisceaux montrent une striation caractéristique : c'est le sphincter externe de l'urètre. (*Sphinct. st.* Fig. 5).

« Telle est la structure normale de cette portion membraneuse.

« L'examen, même à un faible grossissement, de l'*urètre pathologique*, montre que sa structure est profondément modifiée.

« La fente verticale que l'on remarque sur nos coupes est due, pour la partie supérieure, à la section de l'urétrotome; l'inférieure est accidentelle, elle fut pratiquée *post mortem* pour un examen macroscopique. Mais, si par la pensée nous réunissons les deux lèvres des incisions, nous remarquons de suite que les dimensions de la cavité urétrale sont considérablement diminuées, étant donné surtout que toute une portion de la muqueuse à droite s'est détachée sous l'influence d'altérations cadavériques. En ce point, les altérations de la muqueuse (*Epith.* Fig. 3) sont très marquées; elle est très épaissie, atteignant par places quatre

à cinq fois ses dimensions normales. Histologiquement, elle n'est pas moins modifiée. En aucun point, on ne retrouve de vestiges de l'épithélium normal; partout il est remplacé par un *épithélium pavimenteux stratifié*, répondant en tous points à la structure normale de la peau : cellules cylindriques profondes, couche polyédrique sus-jacente, avec prolongements épineux interprotoplasmiques; au-dessus, les cellules s'aplatissent transversalement; quelques-unes présentent des granulations d'éléidine dans leur protoplasme, puis l'aplatissement continue, les noyaux disparaissent, et une véritable couche cornée formée de lamelles épidermiques, exfoliées en grande partie, limite la partie la plus interne de cette muqueuse.

« Le chorion (*Chor.* Fig. 3) n'est pas moins modifié; à un faible grossissement, nous remarquerons la disparition partielle des papilles qui, à l'état normal, dessinaient des arborescences si élégantes. Celles qui persistent sont très diminuées de hauteur; leur structure a subi les changements suivants : elles sont envahies par un nombre considérable de petites cellules arrondies, qui fusent dans tout le tissu de voisinage : ce sont des lymphocytes. Particulièrement abondantes autour des capillaires, elles arrivent, par leur confluence, à les cacher en grande partie. Les éléments conjonctifs, eux aussi, participent à cette inflammation qui a envahi non seulement le chorion, mais qui dissocie les couches musculaires sous-jacentes, s'étendant jusqu'au sphincter strié. A ce niveau, c'est seulement au pourtour des vaisseaux intermusculaires que les éléments lymphocytiques prédominent.

« Le maximum des lésions porte au niveau de la partie profonde du chorion, dans la portion spongieuse principalement. Les fibres élastiques ont disparu, les sinus veineux sont considérablement atrophiés, réduits à quelques minces fentes sur la coupe. De nombreux néo-capillaires serpentent au milieu de ce tissu en évolution et expliquent son organisation. A la partie supérieure de notre coupe, là où a porté la section de l'urétrotome, la lésion paraît plus ancienne, car le tissu conjonctif est organisé, d'aspect fibreux; les lésions scléreuses sont beaucoup plus marquées en ce point.

« Les culs-de-sac glandulaires attenant à la couche musculaire lisse sont remplis d'un épithélium altéré, difficilement colorable; ils sont entourés d'amas de cellules lymphatiques.

« Nous avons dit que les lésions inflammatoires avaient dissocié, en grande partie, les couches musculaires; les faisceaux lisses, longitudinaux et circulaires, sont, de plus, atrophiés et réduits à de minces bandelettes, ne conservant que fort peu leur ordination caractéristique.

« Mais ces lésions n'atteignent pas seulement la trame conjonc-

tivo-musculaire; l'élément vasculaire lui-même est profondément modifié. A côté de thromboses veineuses, nous voyons des altérations artérielles très marquées; l'endartère a, sur de nombreux rameaux artériels, abondamment proliféré, amenant soit un rétrécissement, soit même une oblitération complète de la lumière du vaisseau. La couche mésartérique est souvent atteinte et augmentée de volume.

« Nous voyons donc que les lésions sont diffuses; elles existent dans toute la portion membraneuse, comme permettent de le constater d'autres coupes que nous avons faites.

« En résumé, nos coupes montrent que ce rétrécissement, qui siégeait au niveau de la portion membraneuse de l'urètre, s'était accompagné d'une épidermisation complète de la muqueuse urétrale; les lésions si marquées que nous constatons dans les tissus sous-jacents prouvent l'intensité et l'étendue du processus inflammatoire consécutif à l'urétrite chronique, cause provocatrice de cette transformation de la couche épithéliale. »

Il ne faut pas être supris de l'envahissement de la portion membraneuse de l'urètre par le processus qui crée le rétrécissement de l'urètre.

En effet, si la lésion qui aboutit au rétrécissement est tout d'abord une lésion de la muqueuse, elle devient bientôt une lésion profonde, et il y a longtemps que A. Guérin l'a considérée comme une phlébite et une péri-phlébite du corps spongieux. Or, nous voyons la structure spongieuse du tissu sous-muqueux se continuer dans la portion membraneuse de l'urètre ; il n'est donc pas étonnant que le processus qui constitue le rétrécissement puisse se continuer jusque dans la région.

Ce même processus, nous le retrouvons aussi dans la portion prostatique où nous le voyons déterminer des altérations qui pourraient expliquer certaines déformations de l'urètre prostatique, rares, il est vrai, que j'ai pu observer.

Pour me résumer, je dirai :

Les rétrécissements de la portion membraneuse de l'urètre ne sont pas exclusivement traumatiques.

Cette portion membraneuse peut être le siège de rétrécissements blennorragiques, mais alors ces rétrécissements ne sont que l'extension des rétrécissements qui occupent la portion pré-membraneuse de l'urètre, et, notamment, la région bulbaire, où ils atteignent, ainsi que cela est classique depuis longtemps, leur maximum de développement.

Traitement de l'ectopie testiculaire par la section de tous les vaisseaux du cordon spermatique,

par M. A. MIGNON.

On pourrait croire que ce traitement fait courir des risques de mort au testicule. Permettez-moi de vous dire que j'ai fait trois fois cette opération sur des sujets de vingt-trois à vingt-quatre ans, dont l'un avait le testicule arrêté à l'orifice supérieur du canal inguinal et les deux autres présentaient une ectopie iliaque. Le résultat, à l'heure actuelle, est excellent : les opérés ont maintenant deux testicules apparents et flottants dans les bourses. Le dernier testicule descendu est un peu plus petit que le premier, mais il a sa sensibilité spéciale, ce qui indique une absence de dégénérescence.

L'opération est basée sur la donnée anatomique bien connue : que, dans une ectopie testiculaire, le canal déférent, du fait de sa procidence ou de ses flexuosités, a une longueur à peu près normale. Les vaisseaux du cordon forment au contraire une corde rectiligne et inextensible fixant le testicule dans sa position vicieuse. On a beau sectionner tous les tractus fibreux adhérents à la gaine du cordon, l'allongement obtenu est peu marqué tant que le pédicule vasculaire subsiste.

Quelques opérateurs, probablement frappés de la brièveté des vaisseaux, en avaient recommandé la section partielle. M. Lucas-Championnière, en 1887, avait dû sectionner « tout ce qui n'était ni le canal déférent ni l'artère spermatique » pour arriver à attirer dans les bourses les testicules ectopiés. De son côté, Bidwell (1) déclarait qu'on pouvait couper sans inconvénient l'artère spermatique, les veines et les nerfs, sans dommage pour le testicule, à condition que l'artère déférentielle fût respectée. Je vous ai présenté également, le 4 juillet 1900, un opéré auquel j'avais coupé tous les vaisseaux du cordon spermatique à l'exclusion de l'artère déférentielle, pour obtenir la réduction totale d'un testicule droit arrêté à l'orifice supérieur du canal inguinal; et vous avez pu constater, cinq mois après l'opération, que le testicule flottait dans la bourse et avait son volume primitif.

On peut dire aujourd'hui que ni l'une ni l'autre des artères du cordon ne sont indispensables à la vitalité du testicule, si l'opération est faite aseptiquement.

Et combien facile l'opération. On commence par faire la cure de

(1) *The Lancet*, 1893.

la hernie, s'il en existe une; et on libère le testicule et le cordon spermatique de tous les tractus fibreux qui les fixent en leur situation anormale. Puis, quand le testicule et le cordon sont libres dans la main de l'opérateur et que celui-ci constate qu'une légère traction détermine une tension du groupe vasculaire, sans agir sur le déférent, on sectionne toutes les parties tendues, jusqu'à ce que le canal déférent reste seul. La section ne doit pas être pratiquée trop près du testicule, pour ménager la vaginale qui existe quelquefois. La ligature des vaisseaux se fait séparément ou en masse. Ils sont toujours très petits. Le canal déférent s'étend ou se déroule ensuite et s'allonge suffisamment pour que le testicule soit porté sans tiraillement au-dessous du pubis et au fond de la bourse. Je ne fais plus d'orchidopexie parce que j'ai remarqué que c'était la bourse qui remontait et non le testicule qui descendait. Mais je pratique une petite incision de 1 centimètre de longueur à la partie déclive du scrotum pour introduire une pince dans la bourse et y attirer le testicule en bonne position. Je constitue autour du déférent une espèce de gaine avec les couches celluleuses voisines.

Je ne chercherai pas à savoir comment la vitalité du testicule est assurée. Il vit et se conserve, voilà le fait essentiel. Peut-être se greffe-t-il dans son nouveau milieu.

Ci-joint les trois observations des malades auxquels j'ai fait tout d'abord allusion :

I. — T..., âgé de vingt-deux ans, soldat-infirmier au Val-de-Grâce, entre à l'hôpital le 5 janvier 1901.

Les bourses sont asymétriques; le côté droit du scrotum est atrophié et descend à trois travers de doigt moins bas que le gauche. Le raphé est oblique en bas et à droite.

Dans le décubitus dorsal, la bourse droite est vide; mais dans la position verticale et pendant la toux, elle présente un soulèvement oblique en bas et en dedans qui ne laisse aucun doute sur l'existence d'une hernie inguinale.

Le sac atteint presque le fond de la bourse. Il est à peu près cylindrique, de la largeur du pouce, et se remplit d'épiploon.

Le testicule droit est arrêté à l'orifice supérieur du canal inguinal. Il a le volume d'un œuf de pigeon et se sent en dehors du sac herniaire. Il franchirait parfois, au dire du malade, l'orifice inguinal pour entrer dans le canal.

A gauche, il y a un gros varicocèle avec une paroi scrotale flasque.

Le 9 janvier 1901, je procède successivement à l'excision du sac herniaire, à la réduction de l'ectopie testiculaire droite et à la résection de l'hémi-scrotum gauche.

Du côté droit : après l'incision au lieu d'élection de la paroi abdominale et l'ouverture du canal inguinal, le sac herniaire se présente tout

d'abord. Son ouverture laisse voir, par transparence, le testicule à la partie supérieure de sa face postérieure. Son fond descend à quatre travers de doigt au-dessous de la glande et son collet, très étroit, n'est pas plus large que le petit doigt. Il est facile de libérer le feuillet séreux du sac et de le lier au-dessus du collet.

Passant au testicule, je dégage la glande et le cordon spermatique du pourtour du canal inguinal et je constate que le canal déférent forme au-dessous du testicule une anse d'un bon centimètre. Malgré la section de toutes les enveloppes celluleuses du cordon et les tractions exercées sur le testicule, je ne puis faire descendre l'organe au-dessous du pubis. Il est retenu en place par le pédicule vasculaire qui se rend à son pôle supérieur et qui se tend quand j'abaisse la glande. Je me décide à couper transversalement tous les vaisseaux situés en avant du canal déférent et qui s'opposent à la descente du testicule; et ce n'est qu'après l'isolement complet du déférent que je puis dérouler son anse sous-testiculaire et amener la glande au fond de la bourse. Le testicule se trouve alors inversé, c'est-à-dire que son bord postérieur est devenu antérieur.

Fixation du testicule au fond du scrotum par un crin de Florence. Suture par plans séparés du canal inguinal et de la paroi abdominale.

Terminaison de l'opération par la résection de l'hémiscrotum gauche.

Les suites opératoires n'ont été marquées par aucun incident, sauf la formation d'une invagination de la partie inférieure du scrotum gauche fixé au testicule par un crin de Florence. Le testicule ne s'est pas laissé attirer au fond de la bourse par le point de suture; c'est lui qui a attiré en haut les téguments. Aussi, ce résultat me rappelant un certain nombre de faits antérieurs, me suis-je promis de ne jamais plus faire l'orchidopexie, la force attractive supérieure devant toujours prévaloir sur l'inférieure.

Un an et demi après, T... est dans la situation suivante : aucune douleur, aucune gêne, malgré un service l'obligeant à être debout toute la journée. Le scrotum est petit, moins long que la verge, à peu près symétrique, encore que le côté gauche soit plus plein que le droit. Le testicule droit a conservé le volume d'un œuf de pigeon. Il est flottant dans la bourse et descend à deux travers de doigt au-dessous du pubis. Le canal déférent semble entouré d'une gaine qui en double le volume. Pas trace de hernie. Le canal inguinal est bien fermé. A gauche, les veines postérieures sont restées dilatées et forment une tumeur mollasse en arrière et au-dessous du testicule. Fonctions génitales actives.

Dans les deux observations suivantes, le testicule était en ectopie iliaque.

II. — L..., vingt et un ans, soldat au 2e cuirassiers, entre au Val-de-Grâce le 29 mai 1901 pour une ectopie testiculaire iliaque droite.

L'attention du malade n'avait pas été attirée sur sa malformation génitale avant l'incorporation. Il se présenta au médecin du corps pour des douleurs vagues partant de l'aine droite et irradiant dans l'abdomen. C'est l'exagération de ces douleurs qui a motivé l'envoi du malade à l'hôpital.

On constate immédiatement que la bourse droite est vide. Le testicule est arrêté dans la fosse iliaque, au-dessus du canal inguinal. Son pôle supérieur est exactement à un travers de doigt au-dessous et à deux travers de doigt en dedans de l'E. I. A. S. Son volume paraît un peu exagéré et plus marqué que celui de gauche. Sa mobilité est assez grande pour qu'il ait une excursion de 10 centimètres environ.

Le testicule et le cordon spermatique gauches sont normaux.

Opération le 15 janvier 1901.

La paroi abdominale est incisée sur une longueur de 8 centimètres suivant l'axe du canal inguinal et on reconnaît les deux piliers du grand oblique nettement séparés l'un de l'autre et laissant voir entre eux un plan profond de fibres musculaires épaisses.

Grâce à une pression iliaque un peu forte, le testicule se présente entre les lèvres de la plaie : il est enveloppé d'une vaginale distendue par une hydrocèle, à travers laquelle on distingue par transparence les contours de la glande et l'épididyme.

L'ensemble de la masse a une longueur de 6 centimètres sur une largeur de 4 centimètres.

Je libère cette poche liquide de tous côtés, sur les parties latérales et en arrière, jusqu'à ce qu'elle ne tienne plus que par son pédicule vasculaire, et je l'ouvre. Il en sort une bonne cuiller à bouche de liquide citrin.

Le testicule est un peu petit et mou, l'épididyme volumineux, le canal déférent flexueux appliqué sur la face postérieure de la vaginale; et les vaisseaux, tout au plus gros, dans leur ensemble, comme une artère radiale, s'arrêtent au pôle supérieur du sac kystique.

Ces vaisseaux forment la corde d'arrêt du testicule. Aussi j'excise la vaginale et je sectionne le pédicule vasculaire qui présente à son centre un vaisseau d'où le sang s'écoule par saccades, comme d'une artère.

Je suis obligé, pour dérouler les flexuosités du canal déférent, de l'isoler complètement. C'est à peine s'il lui reste une mince gaine de tissu cellulaire quand il est jugé assez long pour permettre la descente du testicule au-dessous du pubis.

Mais alors le logement du testicule au fond de la bourse se fait sans difficultés.

Double plan de sutures, de l'aponévrose du grand oblique et des téguments.

Guérison très rapide. Sortie de l'hôpital le 11 août.

Actuellement, les douleurs éprouvées avant l'opération n'ont plus reparu, et le malade ne s'est jamais senti une aussi grande agilité. Le testicule droit est mobile dans la bourse gauche et on en voit la saillie sous les téguments du scrotum quand la verge est levée. Il descend à deux bons travers de doigt au-dessous du pubis. Son volume est légèrement moindre que celui du côté opposé, mais sa consistance est normale et la pression provoque la même sensation qu'à gauche. Le canal déférent, que l'on suit nettement, est entouré d'une espèce de gaine souple qni ferait croire à la présence des éléments du cordon.

Cette opération n'est pas intéressante seulement par les suites opératoires ; elle l'est aussi par l'état anatomique du testicule et de ses annexes. L'appareil génital, sauf son siège anormal, était bien constitué : la glande, l'épididyme et le canal déférent avaient leurs dimensions et leurs rapports normaux. Il y avait même une vaginale bien formée, ce qui est exceptionnel au dire des auteurs. La seule particularité était l'hydrocèle de cette vaginale d'où provenaient probablement les douleurs qui ont fixé l'attention du malade.

III. — P... (Alain), vingt et un ans, cultivateur, jeune soldat au 103e d'infanterie.

Entre au Val-de-Grâce le 4 janvier 1902 pour une volumineuse hernie inguinale droite qui remonte à l'enfance et qui emplit tout le scrotum.

On sent, à la palpation, une anse du canal déférent sur la paroi externe du sac; mais on ne trouve pas le testicule, qui doit être resté dans l'abdomen.

Opération le 10 janvier. Après l'incision de la paroi abdominale et l'ouverture du canal inguinal, je trouve le sac herniaire rempli d'une grosse masse épiploïque adhérente dont la résection et la réduction du moignon ont été très difficiles.

Une fois la réduction de l'épiploon opérée, je vois distinctement, sous la face postérieure du sac, le relief du canal déférent qui forme une anse à concavité supérieure descendant à mi-longueur du sac, et en tirant sur le sac je fais pointer, en haut de la plaie, le testicule qui se présente par son pôle supérieur. J'ai disséqué le canal déférent et coupé tout ce qui retenait le testicule, de sorte que le testicule pendait au bout du canal comme à un fil. Puis, je fermai la cavité péritonéale et enlevai tous les débris du sac vagino-péritonéal.

La mise du testicule au fond de la bourse fut des plus faciles, grâce à la longueur du canal déférent. Je m'aidai d'une petite ouverture de la partie inférieure du scrotum pour placer en bonne position l'appareil génital.

Le résultat de cette opération a été le meilleur que j'aie obtenu. Le testicule droit pend aujourd'hui dans la bourse comme un testicule normal. Il est à trois travers de doigt au-dessous du pubis et a le volume d'une petite noix, soit les deux tiers de son congénère. L'épididyme est un peu dur et le canal est entouré d'une masse cylindrique souple qui rappelle les éléments du cordon spermatique.

M. Lucas-Championnière. — Je ne puis qu'approuver les essais de M. Mignon pour amener un abaissement définitif du testicule dans les bourses. En somme, il n'a pas fait autre chose que ce que j'ai conseillé et exécuté un bon nombre de fois, c'est-

à-dire tout sacrifier dans le cordon, excepté le canal déférent.

On conçoit que le testicule puisse subsister soit à l'aide des capillaires contenus dans la paroi du canal déférent, soit à cause de la greffe du testicule sur les parties voisines bien vasculaires.

Mais cette existence est assez précaire et plus apparente que réelle.

J'ai vu plusieurs fois, sans aucune espèce d'infection primitive, la nécrose du testicule se produire, et il est bien vraisemblable qu'il rencontrera les mêmes résultats dans d'autres cas moins heureux que ceux-ci.

Il me paraît déjà fort beau qu'avec une destruction vasculaire complète il ait eu ainsi à la suite trois testicules conservés.

Même, avant d'en arriver là, on doit souvent rencontrer des déboires immédiats.

C'est ainsi qu'il m'est souvent arrivé de tout couper d'arriver bien sur le canal déférent, et pourtant les tractions sur le testicule ne lui font pas dépasser le pubis. Il n'y a alors qu'une chose à faire, l'autre testicule étant bon et suffisant, sacrifier celui que rien ne peut abaisser et dont la valeur absolue est bien petite.

Lorsque j'ai donné le conseil sur lequel revient M. Mignon, j'étais précisément en opposition avec un bon nombre de nos collègues qui voulaient la castration sans phrases dans ces cas d'abaissement difficiles.

Je ne crois pas beaucoup à la valeur absolue des testicules ainsi abaissés, mais je leur trouve une valeur relative non seulement parce qu'ils conservent une illusion au sujet, mais parce que même mauvais au point de vue de la spermatogenèse, ils peuvent contribuer à conserver les réflexes de l'érection.

Toutefois je veux mettre M. Mignon en garde contre une appréciation trop favorable de ces sortes d'opérations au point de vue définitif.

En règle générale, ne restent bien franchement dans les bourses que les testicules qui y sont descendus facilement avec un bon cordon à peu près à sa longueur. J'en ai de très beaux exemples.

Mais lorsque toutes les parties périphériques au canal déférent ont été sectionnées, la tendance du testicule à l'ascension est constante et elle se continue bien longtemps après l'intervention.

Chez un cryptorchide que j'ai montré ici, j'ai dû enlever un des testicules, ratatiné contre l'anneau inguinal externe et très douloureux plus de dix ans après l'opération. L'ascension avait été constamment progressive.

Heureusement de l'autre côté elle avait été infiniment moins accentuée et point douloureuse.

Or, les trois sujets montrés par M. Mignon sont beaucoup trop rapprochés de leur opération pour qu'il soit possible d'affirmer l'excellence des résultats.

Il est même facile en comparant les trois sujets de trois périodes différentes de dire quel est le sort qui les attend.

Le premier, opéré depuis plus d'une année, est naturellement le moins bon. Son testicule en voie d'atrophie est tout petit, il est déjà remonté très notablement vers l'anneau inguinal et il est peu probable que son ascension s'arrête là.

Le second opéré, moins ancien est encore un peu meilleur quoique le testicule n'occupe pas du tout le fond des bourses et soit beaucoup plus élevé que son congénère normal; il est déjà petit et en voie d'atrophie manifeste.

Le troisième, tout récemment opéré, est notablement plus bas que les deux autres, il est encore plus volumineux.

Cette réserve faite, je ne puis que féliciter M. Mignon de ses tentatives puisque j'ai toujours préconisé tous les efforts faits pour la conservation des testicules et montré que pour leur abaissement il ne fallait faire aucun fond sur les modes de traction ou de fixation, mais toujours, en cas de résistance, s'adresser directement aux éléments de cette résistance qui sont dans les parties du cordon qui enveloppent le canal déférent.

M. Bazy. — Le hasard fait que je peux donner aujourd'hui des nouvelles d'un malade à qui j'ai fait une descente artificielle du testicule. Il s'agit d'un jeune homme que j'ai opéré il y a six ans. Il avait à ce moment-là quatorze ans; il avait une ectopie inguinale double. On sentait le testicule droit derrière la paroi abdominale dans la fosse iliaque. Du côté gauche on ne le sentait pas. A la demande des parents, je tentai de faire descendre le testicule dans les bourses qui étaient tout à fait à l'état rudimentaire.

En suivant les conseils qui ont été ici donnés par M. Lucas Championnière, c'est-à-dire en coupant tous les tractus fibreux qui rattachent le testicule, j'ai pu arriver à le loger dans le scrotum. J'avais perdu cet enfant de vue. Il est venu me voir la semaine dernière avec les accidents dont je vais parler.

J'ai vu un jeune homme que je n'ai évidemment pas reconnu, tant il était changé; de plus il avait un aspect tout à fait viril. Du reste il avait, paraît-il, donné des preuves de virilité. Son testicule était d'aspect et de consistance normales dans un scrotum petit, mais suffisant.

Je sais que les testicules arrêtés à l'anneau peuvent être puissants, mais cela démontre que tout au moins je n'avais pas été nuisible à mon malade et je crois qu'on peut être très utile en

pareille circonstance *si l'on fait l'opération avant la puberté.*

Pour en terminer avec ce malade-là, je dirai qu'il était venu me voir parce qu'il présentait des phénomènes de catalepsie et d'autres troubles nerveux qui paraissaient avoir pour point de départ le testicule du côté opposé, celui auquel je n'avais pas touché, et que l'on sentait actuellement derrière le paroi abdominale.

Avant de pratiquer une intervention, j'ai tenu à avoir l'avis d'un neuro-pathologiste, et le médecin du malade l'a conduit chez le professeur Joffroy qui nous a dit qu'une intervention urgente, même au besoin radicale, s'imposait.

C'est ce que j'ai fait samedi dernier. L'opération a consisté comme la première fois dans la libération par la section de tous les tractus fibreux que nous avons rencontrés, sans toucher aux vaisseaux, et la descente du testicule dans le rudiment du scrotum, où il a été fixé.

Je tenais à vous rapporter ce fait pour montrer que, au moins six ans après l'opération, le testicule descendu chirurgicalement pouvait avoir un aspect normal, une consistance normale et conférer la puissance, sinon la fécondité. Je n'ai pas pu en effet vérifier le sperme, pour voir s'il contenait des spermatozoïdes.

M. Pierre Sebileau. — M. Mignon nous a fait une communication et nous a présenté trois malades pour nous prouver qu'on pouvait, sans provoquer l'atrophie du testicule, sectionner tout le pédicule de cet organe, sauf le canal déférent et l'artère déférentielle.

Je tiens à m'élever contre cette affirmation d'après laquelle on pourrait, sans dommage pour la glande génitale, sacrifier l'artère et les veines spermatiques, et je m'appuie, pour critiquer les conclusions que M. Mignon tire de l'observation de ses malades, sur des raisons d'ordre anatomique, d'ordre expérimental et d'ordre clinique.

Anatomiquement, je considère, avec Miflet, l'assurance que la circulation testiculaire a la signification d'une circulation terminale; l'artère déférentielle peut, à la rigueur, assurer la circulation vicariante de l'épididyme, sur lequel elle se termine, mais elle n'aboutit pas au testicule et je la crois incapable d'en assurer seule la vitalité par les quelques anastomoses qu'elle présente, sur l'épididyme, avec la terminaison de la spermatique.

D'autre part, il n'est pas admissible qu'après l'orchidopexie puisse s'établir, entre le testicule et les bourses, une greffe capable de maintenir la vie testiculaire.

Expérimentalement, l'on sait depuis longtemps, et j'ai pu moi-même, observer, sur des animaux soumis au bis tournage, qu'après

cette opération qui supprime totalement le pédicule vasculaire de la glande génitale, y compris, bien entendu, l'artère déférentielle, l'atrophie du testicule ne s'établit que peu à peu, à la suite d'une nécrose sèche, aseptique. Les expériences déjà vieilles de Chauveau sur la « nécrobiose et la gangrène » ont démontré que, chez un animal sain, le bistournage, pratiqué à l'abri du milieu extérieur, provoque seulement une atrophie progressive et lente du testicule, tandis que, chez un animal expérimentalement infecté ou sur un animal dont la vaginale est ouverte, la même opération produit une gangrène rapide, totale et massive.

Cliniquement, nous avons tous observé des malades qui, à la suite d'une section malheureuse de l'artère spermatique, ont présenté de l'atrophie testiculaire, et chez lesquels cette atrophie ne s'est vraiment manifestée très apparente qu'au bout de plusieurs mois; on peut dire qu'il reste toujours dans les bourses quelque chose d'un testicule frappé de nécrose aseptique.

Eh bien, le testicule des malades de M. Mignon est précisément dans ces conditions : il meurt lentement, mais sûrement. A mon avis, il n'y a pas de doute ; deux des malades qu'il nous a présentés sont en pleine évolution d'atrophie testiculaire; la glande est molle, plate, comme étalée; je ne sais si, comme le craint M. Championnière, ces testicules-là remonteront dans le ventre, mais ce que je sais, c'est que, atrophiés déjà, ils s'atrophieront davantage encore. Le troisième malade de M. Mignon présente, lui aussi, à mon avis, un testicule en voie de dégénérescence, de nécrobiose aseptique. A supposer cependant que, chez ce dernier, la glande génitale ne s'atrophie pas, je demanderai à M. Mignon comment il peut nous affirmer qu'il a coupé l'artère spermatique? Celle-ci est une artère petite que, même anatomiquement, on ne trouve pas toujours aisément au milieu des veines du cordon spermatique ; au point de vue chirurgical, il n'est pas non plus souvent facile de dire si, au cours d'une opération portant sur la région, on l'a ou non ménagée. Elle n'est, du reste, pas éloignée du canal déférent, intentionnellement conservé par M. Mignon.

En résumé, je continue à croire que l'artère déférentielle est absolument incapable de suppléer, pour ce qui concerne le testicule, l'artère spermatique détruite.

M. Broca. — Mon ami Sebileau me paraît avoir été un peu sévère de trouver mauvais les trois résultats de M. Mignon. Je pense comme lui qu'un de ces testicules est nettement atrophié, mais un m'a paru passable, et un bon; je parle de l'état apparent du testicule et non de sa fonction spermatique. Quant à leur

situation dans les bourses, aucun des organes n'est vraiment à sa place, mais tous trois sont mobiles et suffisamment abaissés.

J'estime que cet ensemble de résultats correspond à peu près à ce qu'en moyenne nous obtenons tous. Il y a trois ans, j'ai publié le relevé de 138 opérations que j'ai pratiquées pour hernie inguinale avec ectopie; sur 62 malades porteurs de 79 testicules opérés et revus au bout d'un an, j'ai compté 31 résultats parfaits, 35 passables, et 13 atrophies secondaires, dont quelques-unes sans trace des testicules soit réduit au volume d'un grain impalpable, soit caché définitivement dans le canal ou l'abdomen. J'entends par résultats parfaits, ceux où le testicule est, à longue échéance, identique à son congénère du côté opposé, et si je jugeais ainsi les cas de M. Mignon, aucun ne serait bon ; mais ce ne serait pas juste, car j'opère des enfants, et sur des adultes on ne peut espérer que le coup de fouet de la puberté fortifiera l'organe.

Est-ce à dire que même dans le cas d'atrophie testiculaire notable le résultat soit négligeable, d'où la conclusion qu'en opérant une hernie de ce genre le mieux est de recourir à la castration? Je pense tout à fait le contraire, car, en mettant à part la fécondité, en oubliant même l'obscure mais certaine action de la sécrétion testiculaire interne, il faut tenir compte de ce fait que que quand on se palpe les bourses on aime à y sentir deux boules. Les trois militaires de M. Mignon sont sûrement, à cet égard, très joyeux du résultat.

Où je ne saurais suivre M. Mignon, c'est sur la question du procédé opératoire, car il m'a semblé que notre collègue érigeait presque en méthode la section de tous les éléments du cordon sauf le canal déférent. Cette proposition me paraît inadmissible.

Quand on opère une hernie avec ectopie, il faut conserver le testicule, ce que je crois toujours anatomiquement possible. Pour l'abaisser en position convenable, il faut couper tout ce qui tient, et quelquefois il ne nous reste plus entre les doigts à peu près que le canal déférent. Dans ces conditions, il nous est arrivé à tous de sectionner quelquefois tous les vaisseaux, y compris l'artère spermatique; j'ajouterai que la plupart du temps nous la coupons sans la voir, et à cet égard je partage l'opinion de M. Sebileau. Mais que la section ait été volontaire ou involontaire, nous ne la considérons que comme un pis aller; nous reconnaissons qu'elle augmente les chances d'atrophie ultérieure de l'organe, mais nous préférons courir ces chances que de les devancer par une castration immédiate. C'est ainsi qu'on doit, à mon sens, poser la question de la section des vaisseaux testiculaires : une nécessité et non un procédé à régulariser. C'est ce qui ressort de

ce que nous a montré M. Lucas-Championnière dès les premières tentatives d'abaissement chirurgical pour ectopie testiculaire. Et si M. Mignon nous dit qu'il ne pense pas autrement, je me bornerai à remarquer que, pour avoir ainsi opéré trois soldats de suite, il a dû tomber sur une série anormalement heureuse, ou malheureuse si on la considère par rapport aux malades. Il y a sûrement, par exemple, des sujets chez lesquels l'ectopie tient à ce que la tunique vaginale est adhérente à la face antérieure de l'aponévrose du grand oblique; elle est en ce lieu relevée fond en l'air, et on la remet en place après avoir effondré la cloison qui ferme le scrotum, comme Jalaguier nous l'a bien appris depuis une dizaine d'années, dans la thèse de Bezançon. S'il n'y avait pas de hernie concomitante, on pourrait alors faire une opération extra-vaginale; il y a loin de là à la section circulaire du cordon en ne respectant que le canal déférent.

Pour me résumer, je dirai donc que tous, depuis quinze ans, nous faisons l'opération dont vient de nous parler M. Mignon; mais nous la considérons comme un pis aller, préférable à la castration, et pour mon compte je me refuse à la considérer comme un procédé bon à régulariser.

M. Kirmisson. — Je tiens à joindre mes protestations à celles que viennent de faire entendre MM. Sebileau et Broca contre la méthode qui nous est présentée par notre collègue M. Mignon, méthode qui consisterait à sacrifier tous les vaisseaux du cordon, y compris l'artère spermatique elle-même, pour favoriser l'abaissement du testicule dans les opérations entreprises contre l'ectopie.

L'artère spermatique est absolument indispensable à la nutrition du testicule. Sans doute, il est aisé de comprendre que, si l'opération a été faite avec une asepsie parfaite, on n'ait pas de gangrène, mais on aura certainement ainsi une atrophie du testicule. C'est ce qui m'est arrivé dans un cas où j'avais sectionné accidentellement l'artère spermatique; j'ai vu rapidement se produire chez mon petit malade l'atrophie de la glande.

Je pense que notre collègue M. Lucas-Championnière fait trop bon marché de la valeur fonctionnelle du testicule ectopié. Il est aujourd'hui démontré que certains testicules en ectopie, lorsqu'ils ont été replacés au fond des bourses par une opération, peuvent se développer et fournir une sécrétion utile. Comme M. Bazy, je considère l'abaissement artificiel du testicule comme une excellente opération, à la condition qu'elle soit faite avant la puberté. Nous devons, je pense, nous attacher à conserver aussi complètement que possible tous les vaisseaux de la glande, dans le but

d'avoir un résultat aussi parfait que possible au double point de vue de la forme et de la fonction.

M. Routier. — Je suis tout à fait de l'avis de mes collègues qui viennent de prendre la parole et je dirai comme eux qu'il est fort imprudent de compter sur l'artère déférentielle pour assurer la nutrition du testicule.

J'ai injecté les vaisseaux du testicule pour un concours de prosectorat, et jamais je n'ai vu l'artère déférentielle dépasser l'épididyme, quand elle y arrivait.

J'ai malheureusement un cas clinique qui vient confirmer ces données anatomiques : en 1889, j'opérais un jeune homme de quatorze ans d'une hernie congénitale compliquée de cryptorchidie ; pour abaisser le testicule, je coupai le long du cordon des tractus fibreux, quelques veines ; un coup de ciseaux malheureux me fit couper l'artère spermatique, ce dont je fus averti par le jet spécial ; je la liai. Les suites opératoires furent simples, tout paraissait réussi, mais, le quinzième jour, mon malade éliminait son testicule ; je me suis promis depuis d'être très discret dans les sections des éléments du cordon, et je crois que lorsqu'on ne laisse le testicule en rapport avec l'organisme que par le canal déférent et l'artère capillaire qui l'accompagne, si on n'a pas une nécrose immédiate, au moins peut-on compter sur une atrophie certaine.

Il y a quatre ans, en 1898, j'ai eu à traiter un cryptorchide double, âgé de vingt et un ans, qui fut amené dans mon service pour des troubles péritonéaux qui avaient pour point de départ ses testicules ectopiés, qu'on soupçonnait dans la partie supérieure du canal inguinal.

Malgré sa cryptorchidie double, ce jeune homme nous confia qu'il avait une maîtresse, et qu'au point de vue génital il ne laissait rien à désirer, qu'il voulait donc à tout prix conserver ses testicules ; il ne consentit à se laisser opérer par moi que sous la promesse formelle de lui conserver ses testicules quelle que fût l'impossibilité de les placer dans les bourses.

Je l'opérai le 11 octobre 1898. Ni à droite ni à gauche il ne me fut possible de faire descendre les testicules au-dessous de l'épine du pubis.

Comme les douleurs et les accidents étaient dus au pincement de ses testicules par les muscles, je pris le parti de placer dans l'abdomen les deux glandes pendues par leurs cordons, et je refermai complètement les trajets inguinaux à droite et à gauche.

Le résultat fut parfait, les hernies guéries, les douleurs abolies, et les fonctions génitales parfaitement conservées.

Mais je dois dire que des analyses microscopiques de sperme faites pendant plus d'un an nous ont toujours montré l'absence totale de spermatozoïdes.

A l'aspect macroscopique, au toucher, ces deux testicules m'avaient paru normaux et sains.

Plutôt que de réduire un cordon au simple canal déférent pour pouvoir amener les testicules dans les bourses, j'aimerais mieux, prévenant mon malade d'avance, répéter l'opération que j'ai pratiquée et placer le testicule pendant dans l'abdomen.

Pour que le testicule reste dans les bourses, il faut que sans traction il descende facilement et dépasse l'épine du pubis.

M. Suarez de Mendoza lit une communication intitulée : *Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des corps étrangers du larynx.* — Renvoyée à une commission : M. Sébileau, rapporteur.

Présentation de malades.

Balle de revolver ayant séjourné douze ans dans la cuisse. Radiographie.

M. Routier. — Le nommé F. V..., agent de la sûreté, reçut en avril 1894 un coup de revolver presque à bout portant dans la fesse gauche; il y eut un peu d'hémorragie, de la douleur; il fut bientôt guéri; on ne s'occupa pas de la balle.

Six mois après, il se formait un abcès au niveau du trou d'entrée de la balle, situé à quatre travers de doigt de l'anus; il fut soigné et guéri de cet abcès à Broussais.

En décembre 1894, nouvel abcès, dont il dut se faire soigner à Necker dans mon service; je pensai alors qu'il s'agissait d'une vulgaire fistule à l'anus.

Depuis cette époque, il eut plusieurs abcès dont il se fit soigner dans divers hôpitaux.

L'abcès restant fistuleux, il revint me voir en mai de cette année et insista davantage sur le coup de revolver et la balle qui n'avait jamais été extraite.

Je le fis radiographier par M. Contremoulin, chef du laboratoire de Necker.

Grâce à son procédé et à ses appareils, M. Contremoulin, a pu

découvrir et localiser la balle en avant du petit trochanter droit, l'orifice d'entrée étant, je le rappelle, sur la fesse gauche.

Le malade ne sentait aucune douleur au niveau présumé de la balle.

Le 29 mai 1902, j'ai procédé à l'extraction de cette balle; grâce aux indications précises fournies par les aiguilles et l'appareil de Contremoulins, je suis arrivé sur la balle sans un tâtonnement; elle était fortement enkystée; la voici.

La plaie opératoire a guéri sans accident par première intention.

L'orifice d'entrée de la balle est resté suintant, mais il ne coule plus rien et il paraît complètement guéri.

M. Tuffier. — La méthode de M. Contremoulin a fait ses preuves pour les projectiles intra-craniens et, pour ma part, je lui dois sept succès. En ce qui concerne les corps étrangers des parties molles, les faits sont encore peu nombreux, mais je crois qu'ils sont tout aussi démonstratifs.

Au commencement du mois dernier entrait dans mon service, à l'hôpital Beaujon, une jeune fille de vingt ans qui, le 8 octobre précédent avait reçu, à Londres, une balle de revolver dans le partie gauche du thorax.

La balle fut vue aux rayons X par Blossam, chirurgien de Charing Cross, mais on ne fit aucune tentative d'extraction. Un mois après, la malade fit une pneumonie. Dans la suite, elle présenta des palpitations douloureuses accompagnées d'accidents syncopaux que rien n'expliquait. C'est dans ces conditions que je la vis au commencement de mai. Les différents médicaments employés étant restés sans effet, je me décidai à pratiquer une intervention.

La plaie d'entrée de la balle siégeait au niveau du 5e espace intercostal gauche, à deux travers de doigt environ du sternum. Je priai M. Contremoulin de radiographier et de localiser le siège du projectile et, sous la direction de son appareil, je fis, le 10 juin dernier, l'extirpation du projectile. Il était situé derrière le 6e cartilage costal, par conséquent à un grand travers de doigt de l'orifice d'entrée. Après avoir réséqué le cartilage, je tombai sur un tissu fibreux, scléreux, épais, derrière lequel le cœur battait. Sans l'application, plusieurs fois répétée, de l'aiguille de Contremoulin, il m'eût été matériellement impossible d'arriver sur le projectile. Je trouvai celui-ci au point exact indiqué par l'aiguille; j'en fis l'extraction, et ma malade guérit.

M. Demoulin. — J'ai présenté, au mois d'octobre 1901, un

malade qui avait une balle dans l'aisselle; elle a pu être retrouvée grâce à l'emploi de l'appareil de M. Contremoulin. C'était l'une des premières applications de sa méthode de recherche des projectiles à d'autres régions que le crâne.

Fracture grave, compliquée de plaie du cou-de-pied gauche.

M. Demoulin. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, un homme de trente-neuf ans, qui, il y a un an, en tombant des fortifications, se fit une fracture grave, compliquée de plaie, du cou-de-pied gauche. Le foyer traumatique suppura abondamment, et quand je vis le malade, deux mois environ après l'accident, je le trouvai avec un astragale et une malléole externe nécrosés, un petit fragment mobile sur la face interne du cou-de-pied, représentait la malléole interne qui avait été fracturée. Au mois de septembre 1901, j'enlevai la malléole externe, l'astragale, mortifiés, je nettoyai la surface articulaire du tibia dont le cartilage s'enleva facilement et en fis autant pour la face supérieure du calcanéum.

Appareil plâtré, drainage.

La suppuration continua assez abondante, pendant une quinzaine de jours; au bout de deux mois, j'enlevai l'appareil plâtré, mais le pied était ballant.

Au mois de novembre, je rouvris le foyer traumatique ancien, resté fistuleux, et, je creusai une mortaise dans l'extrémité inférieure du tibia afin de refaire, autant que possible, une malléole externe. J'avivai la face supérieure du calcanéum qui rentra facilement dans la nouvelle mortaise, après avoir été aminci un peu sur sa face externe.

Appareil plâtré, qui, n'immobilisant pas les parties d'une façon rigoureuse, fut remplacé, quelques jours après l'intervention, par un autre appareil que M. Hennequin voulut bien appliquer avec sa dextérité habituelle.

Deux mois après l'intervention, le bandage plâtré était enlevé et le pied ne ballottait plus. Massage à partir de cette époque.

Je vous présente aujourd'hui le malade ainsi opéré; vous verrez qu'il marche d'une façon satisfaisante.

Une radiographie, dont je n'ai pas encore les épreuves entre les mains, montre, sur le cliché, la bonne reconstitution, de la malléole externe.

Je la présenterai dans la prochaine séance.

Prolapsus rectal total traité par l'excision de douze centimètres de muqueuse.

M. DELORME. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un militaire (nommé Duro..., de Goven, Ille-et-Vilaine) atteint de prolapsus rectal total et opéré par l'excision de 12 centimètres de muqueuse.

Le prolapsus datait de longtemps, mais il s'était accusé surtout depuis deux ans.

Je n'ai rien à noter de particulier au point de vue de l'intervention à laquelle j'ai eu recours il y a deux mois et demi.

Le résultat, que je soumets au contrôle de la Société de chirurgie, est très satisfaisant : Cicatrice invisible, anus dilatable et continent comme à l'état normal.

Pendant l'effort, l'orifice anal est refoulé, mais la muqueuse ne fait pas la moindre saillie.

Le malade a été examiné par divers membres de la Société qui ont confirmé la valeur du résultat obtenu.

Présentation de pièces.

Pièces provenant de l'autopsie d'un suicidé par coup de feu du fusil Lebel.

M. MOTY. — J'ai l'honneur de présenter deux petites pièces que je dois à l'obligeance de M. le médecin-major de 1re classe Leprêtre et qui proviennent de l'autopsie d'un suicidé par coup de feu du fusil Lebel (calibre 8 millimètres).

Avant de toucher la peau, la balle a coupé la boucle de la bretelle en nickelant le point de section et en enlevant le quart de la boucle, puis elle a pénétré horizontalement au-dessous et un peu en dehors du sein gauche par un orifice elliptique régulier, a produit une fracture par perforation de la 7e côte à 2 centimètres de son cartilage, a perforé le diaphragme, très largement érodé le bord tranchant du foie et fait éclater la partie supérieure de la rate sur une petite étendue, perforé deux fois l'estomac,

déchiré le bord supérieur du pancréas, broyé sur une assez grande étendue le pilier gauche du diaphragme et a pénétré dans le rachis au niveau de l'union du corps et de l'arc de la 10e vertèbre dorsale; puis, après avoir sectionné complètement la moelle, elle s'est divisée en deux fragments dont l'un est sorti sur la ligne médiane en fracturant la 10e apophyse épineuse dorsale, tandis que l'autre, se reportant à gauche, a brisé le col de la 10e côte; les deux orifices cutanés de sortie sont presque linéaires. Les deux fragments ont formé chacun sur le mur de la chambre une empreinte profonde ne paraissant contenir aucune portion de projectile.

Le côlon transverse avait fait hernie diaphragmatique à travers la perforation antérieure, et, bien que le péricarde fût absolument intact, on remarquait une petite ecchymose à la face antérieure de la pointe du cœur gauche et une plaie longitudinale, non perforante, au point postérieur correspondant.

L'autopsie de la plaie semblait terminée; cependant, en explorant la face antéro-latérale gauche de la 10e vertèbre dorsale, je perçus nettement une érosion précédée en avant par une petite esquille fine en relief, et en engageant une grosse canule dans l'érosion je constatai qu'elle traversait d'avant en arrière et de gauche à droite toute l'épaisseur du corps de la vertèbre et pénétrait sous le péritoine qui tapisse l'origine du pilier diaphragmatique droit: explorant avec soin cette région je perçus bientôt la présence d'un corps étranger irrégulier que je pus extraire facilement en déchirant le péritoine; c'était le fragment de plomb que j'ai l'honneur de vous présenter; il pèse 1 gr. 8, et il est remarquable que malgré sa forme irrégulière il ait pu traverser tout le corps vertébral de la 10e dorsale en formant un trajet complètement indépendant du trajet principal et d'une direction différente.

Aucune autre parcelle notable du projectile, dont le poids total est 15 grammes, n'a pu être retrouvée.

Cette observation montre que les projectiles à chemise dure peuvent subir d'importantes déformations dans le corps humain, et ces déformations sont à leur maximum quand les balles rencontrent successivement deux ou plusieurs plans osseux.

Le double contact osseux produisait des effets bien plus singuliers encore avec les balles du fusil Gras en plomb nu : sur un tirailleur fusillé portant 12 coups de feu, l'une des balles, après avoir écorné l'angle droit de la mâchoire avait pénétré à la partie antéro-inférieure de la région deltoïdienne droite et avait produit une contusion de l'humérus avec fêlure légère, puis elle avait disparu; on ne trouvait aucun trajet apparent en dehors du canal

s'étendant de la peau à la partie contuse de l'humérus. En disséquant le bras je constatai cependant que le biceps et le brachial antérieur contenaient une assez grande quantité de minces lamelles de plomb; deux lames des dimensions d'un poids de 1 centigramme en platine s'étaient insinuées, l'une jusqu'au brachial antérieur, l'autre derrière le point contus dans l'épaisseur du triceps brachial; la balle, échauffée déjà par son premier contact avec le maxillaire inférieur, s'était pulvérisée à la rencontre de l'humérus sans le fracturer.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. Kirmisson dépose sur le bureau un travail de M. Frœlich (de Nancy), intitulé : *Deux observations de luxations congénitales doubles de la hanche traitées par l'opération de Kirmisson* (*ostéotomie sous-trochantérienne*). — Le travail de M. Frœlich est renvoyé à une commission dont M. Kirmisson est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Traitement de l'ectopie du testicule.

M. Lucas-Championnière. — En prenant la parole après M. Mignon, je n'avais pas abordé la discussion relative à la valeur définitive du testicule ectopié et abaissé.

On sait, quoi qu'il arrive, qu'au point de vue de la spermatogenèse le testicule ectopié a bien rarement une valeur quelconque. Je pense pourtant avoir, dans des cas très rares (j'en ai deux), abaissé des testicules qui peuvent avoir une valeur spermatique. Toutefois, je n'en ai aucune vérification microscopique.

En revanche, j'ai fait examiner avec soin les testicules ectopiés que j'ai enlevés par la castration. On n'y a *jamais trouvé* de spermatozoïde.

Il ne faut pourtant pas faire trop bon marché de ce testicule non reproducteur. Il peut conserver d'autres fonctions ; j'ai de fortes présomptions, ou plutôt la preuve absolue, que ce testicule, même privé de ses vaisseaux normaux, conserve sa valeur pour provoquer les réflexes de l'érection.

On sait que cette propriété se conserve dans les testicules, qui pathologiquement paraissent absolument détruits.

Il n'y a donc rien de surprenant à ce que ce testicule, même d'aspect misérable, ait une valeur qu'il faut bien se garder de mépriser.

Je pense donc que toutes les tentatives qui conduisent à la conservation du testicule méritent notre attention.

J'ai compris que M. Mignon n'avait conseillé sa manière d'opérer, qui n'est en somme que celle que nous avons appliquée depuis longtemps, que dans les circonstances dans lesquelles tout essai d'abaissement échoue.

S'il en était autrement, et s'il s'agissait d'une opération destinée à être appliquée à tous les cas, je penserais que c'est une généralisation inutile et dangereuse, à laquelle je ne saurais donner mon approbation.

Il faut qu'elle soit exceptionnelle, et même ses insuccès seront fatalement plus communs que M. Mignon ne paraît le penser.

M. Pierre Delbet. — Quand je fais un abaissement artificiel du testicule, je m'applique toujours, comme la plupart de mes collègues, à respecter les éléments du cordon. Mais il m'est arrivé, comme à tous les chirurgiens, de me trouver en présence de cordons dont les éléments les plus essentiels, les vaisseaux et les nerfs, étaient absolument trop courts pour permettre l'abaissement.

Alors trois partis s'offrent à l'opérateur :

1° Réduire le testicule dans le ventre, ainsi que l'a fait mon ami Routier ;

2° L'abaisser en coupant les vaisseaux ;

3° L'enlever.

Réduire le testicule dans le ventre, c'est peut-être une excellente chose. L'avenir nous renseignera sur ce point. Je ne l'ai point fait. Je n'ai point pensé à le faire.

Enlever le testicule, faire la castration, c'est perdre la partie sans même chercher à la gagner.

Aussi, dans ces cas-là, ai-je pris le parti d'abaisser le testicule en

sectionnant les vaisseaux et en conservant seulement le canal déférent. C'est ce qu'a fait M. Mignon.

Et même, dans certains cas où le canal déférent était trop court j'ai déroulé, en les disséquant, les flexuosités de la partie inférieure pour l'allonger. J'ai été plus loin encore. J'ai détaché la queue de l'épididyme du testicule, en ne conservant que les adhérences qui se font au niveau de la tête, les seules par où passent des canaux spermatiques, et j'ai obtenu ainsi un allongement supplémentaire de quelques centimètres.

Dans ces cas, je ne me suis jamais fait l'illusion que l'artère déférentielle suffirait à nourrir le testicule. Ce que je cherchais à obtenir, c'est une greffe véritable, et pour rendre cette greffe plus probable, pour permettre aux anastomoses vasculaires de s'établir plus facilement, j'ai toujours réséqué tout ce que j'ai pu réséquer de la tunique vaginale.

Que deviennent les testicules greffés dans ces conditions? Il en est qui s'atrophient vite. D'autres, au contraire, conservent longtemps, très longtemps, un volume à peu près normal.

Ces testicules là sont-ils inutiles? Quelque chose qui représente un testicule n'est jamais inutile dans les bourses. Ce quelque chose est au moins capable de procurer cette satisfaction de la palpation double dont mon ami Broca nous a agréablement entretenu il y a huit jours. Ce ne serait pas beaucoup si c'était tout. Mais il y a autre chose.

Ces testicules, bien qu'atrophiés, jouent un rôle dans la corrélation physiologique. Ce rôle se traduit par l'érection, par la puissance. Or, la puissance est une précieuse vertu à laquelle les hommes sont fortement attachés, et la perte de la fécondité n'est pas toujours pour en diminuer le prix.

Oui, il est certain que des testicules atrophiques, qui sont presque complètement fibreux, qui ne renferment plus que quelques îlots de tissu génésique sont encore capables de jouer un rôle dans la corrélation organique.

Ainsi, lorsqu'on fait la résection de l'épididyme ou du canal déférent, le testicule s'altère, et cependant la puissance persiste, même lorsqu'on a réséqué les deux épididymes.

J'ai fait, d'autre part, sur des animaux, des observations qui présentent un certain intérêt.

Lorsque j'étais interne, j'avais fait la connaissance d'un vétérinaire de Bolbec, qui s'était fait une spécialité d'enlever chez les chevaux les testicules ectopiques. Je le priai de m'envoyer quelques-uns de ces testicules et j'en ai examiné microscopiquement un certain nombre.

Ils étaient tous atrophiés. Le tissu fibreux y était devenu prédo-

minant, et les épithéliums génésiques n'étaient plus représentés que par quelques îlots disséminés. Cependant les animaux porteurs de ces testicules altérés avaient la même ardeur près des juments que des étalons et c'était pour les transformer en hongres tranquilles que leurs propriétaires les faisaient castrer.

Ainsi, les testicules ectopiés, atrophiés, avaient encore assez de retentissement sur l'organisme pour donner à l'animal l'habitus extérieur et les passions de l'étalon.

Je suis donc d'avis que dans les cas où l'on n'a pas d'autre alternative (réserve faite de la réduction dans l'abdomen) que de castrer, ou de garder le testicule en coupant les vaisseaux, il vaut mieux essayer de le garder et de le greffer. Si c'est là ce que M. Mignon a voulu nous dire, je suis de son avis, puisque j'ai suivi cette pratique bien avant lui.

Mais, s'il a voulu nous dire que les vaisseaux du testicule sont inutiles, qu'ils ne méritent pas qu'on perde du temps, de la patience et de l'adresse à les disséquer, qu'il faut les couper carrément de propos délibéré, si c'est cela qu'il a voulu dire, je m'élève vivement contre cette manière de voir.

L'habileté du chirurgien, dans cet ordre de choses, consiste à conserver et non à détruire. Nous ne saurions être trop ménagers ni trop respectueux des organes et de leurs vaisseaux.

M. Quénu. — M. Mignon nous a présenté une technique opératoire de l'ectopie testiculaire consistant dans la section de tous les vaisseaux du cordon spermatique; autrement dit, notre collègue conserve, du cordon, le seul canal déférent, et il coupe tout le reste.

Quelle peut être en cas de survie du testicule la valeur d'un organe ainsi traité?

Je laisse de côté la spermatogenèse, puisque de toute façon, au moins chez l'homme, les conclusions de Godard demeurent vraies.

Il reste au testicule, en dehors de la spermatogenèse, deux fonctions possibles:

d'être un organe de sécrétion interne,

d'être un point de départ de réflexes.

Je ne sais si les testicules ectopiés jouissent de l'une ou l'autre de ces fonctions. Mais si on veut leur accorder une valeur quelconque, je suis bien obligé un instant de les supposer.

Or, que deviendront les réflexes testiculaires si vous coupez tous les nerfs, ne gardant que les plexus qui entourent le déférent, plexus qui ne dépasseraient pas l'épididyme?

D'autre part, il est permis d'admettre que s'il existe une sécrétion interne, qu'elle ait pour siège ou non les cellules intersti-

tielles, cette sécrétion est sous la dépendance du système nerveux.

Les recherches d'Obolensky (1) ont démontré que la résection des nerfs spermatiques amène l'atrophie testiculaire en trois mois. Il est à supposer que les mêmes nerfs influencent la sécrétion interne.

Il en résulte donc que le testicule ectopié, déjà privé de spermatogenèse et jouissant peut-être d'un peu de sensibilité et de sécrétion, serait condamné par votre procédé à perdre le peu qui lui reste. On peut bien dire qu'après cette opération il est réduit à l'état d'organe de valeur purement morale.

Il ne serait possible de réfuter les objections précédentes qu'en me démontrant la régénération des nerfs testiculaires sectionnés.

Cette régénération, vu l'écart considérable qui doit se produire entre le testicule amené au fond des bourses et le moignon nerveux resté dans l'aine, me semble des plus problématiques.

M. Mignon nous dit bien que le testicule descendu a sa sensibilité spéciale. J'aurais voulu un peu plus de précision, avoir des renseignements sur l'exploration de la sensibilité chez les ectopiés en général, et, chez ses malades en particulier, avant l'opération et après. Où siège cette sensibilité? N'est-ce pas dans l'épididyme et dans la terminaison du déférent, n'est-ce pas la sensibilité du revêtement péritonéal plutôt que celle du testicule?

J'accorde une grande importance à l'état des nerfs du testicule, parce que je pense que seuls ils donnent la clef du mode d'atrophie qui suit les opérations pour ectopie.

Tous nos collègues ont noté que si le testicule échappe à la nécrose, c'est lentement et tardivement qu'apparaît le processus atrophique, et autant je suis disposé à mettre sur le compte de la privation de sang la mort immédiate du testicule, autant je tendrais à réserver une part prédominante à la destruction des nerfs dans cette atrophie lente et progressive, qui exige plusieurs mois, sinon plusieurs années, pour atteindre ses dernières limites.

Si véritablement, comme je l'admets, certains cas spéciaux d'ectopie nécessitent pour obtenir une descente et une fixation définitives de tels sacrifices des éléments vasculo-nerveux de la glande, réellement les résultats définitifs valent-ils la tentative de conservation?

Je conçois et je pratique la conservation lorsqu'elle comporte l'intégrité de l'innervation et je préfère un testicule remonté, mais nourri et innervé, à un moignon fibreux descendu sans vaisseaux et sans nerfs.

(1) *Obolensky Centralbl. für die med. Wisspenschaft*, n° 32, 1867.

M. Félizet. — M. Mignon traite l'ectopie testiculaire par la section de tous les éléments du cordon, à l'exception du Canal Déférent.

Le testicule, ainsi débarrassé de son artère spermatique, de ses veines, de ses nerfs, des couches cellulo-fibreuses de son cordon, est libre et ne pourrait l'être davantage. Il ne tient plus au corps que par son canal déférent, ramené à sa plus simple expression anatomique. Il tombe, on peut le dire, dans les bourses. L'ectopie est corrigée.

M. Mignon vous a présenté trois jeunes hommes, qu'il a opérés ainsi. Vous avez, à cette occasion, relaté les faits, bons ou mauvais de votre expérience orchidopexique d'autrefois et les comparant avec les résultats de l'opération récente, — vraiment trop récente, entre nous, — de notre ingénieux collègue, vous avez, avec sincérité, mentionné vos mécomptes et relaté les diverses modalités que revêtent les insuccès : réascension, sphacèle, atrophie, sclérose douloureuse, névralgie intolérable, etc., qui avaient rendu votre intervention inutile et vous avaient parfois obligés à sacrifier l'organe, pour en finir.

Vous avez reconnu que, chez deux de ces trois opérés de M. Mignon, le testicule tendait déjà à remonter vers l'anneau et que chez tous les trois l'organe était notablement atrophié.

Vous avez porté un pronostic sombre de suites terminales de ces trois opérations.

Vous avez été sévères. Vous ne l'avez pas été assez, à mon sens, car je voudrais vous dire combien cette opération, que vous avez jugée malheureuse dans ses résultats, me semble être irrationnelle dans son principe.

Godart nous a rendu un bien mauvais service. C'est à lui que nous devons cette notion que l'infécondité du testicule est la conséquence directe de son erreur de position et que l'abaissement de l'organe et son installation au fond des bourses peuvent suffire à réveiller sa puissance fonctionnelle, comme si un abaissement de quelques centimètres au-dessous de l'orifice inguinal externe pouvait communiquer au testicule les vertus dont il était dépourvu au milieu du trajet inguinal ou dans le ventre.

Nous l'avons écrit, il y a longtemps : l'arrêt de la Migration, n'est pour le testicule qu'un syndrome de l'arrêt du Développement.

« Ectopie et atrophie (1) ce sont là les conséquences parallèles d'une insuffisance de la nutrition et c'est si bien l'artère qui non-seulement alimente, mais encore pousse excentriquement le tes-

(1) Félizet. Les *Hernies inguinales de l'enfance*, t. 26, Masson 1894.

ticule que, dans les cas où ses branches épididymaires ont présenté un développement extrême à l'exclusion des autres, on voit l'épididyme et le canal déférent poursuivre en avant leur marche migratoire et aller occuper, le fond des bourses, avec une vaginale suffisante qu'ils ont créée, le testicule étant resté en route avec un double arrêt dans son itinéraire et dans son développement. »

Or, Godart, Robin, Follin et Goubaux avaient bien vu, et le fait est indiscutable, que le testicule ectopié est dépourvu de spermatozoïdes et comme ils n'avaient pas poussé très loin et sur un nombre suffisant de pièces l'étude du parenchyme testiculaire dans ces cas de malformation, ils s'étaient cru autorisés à admettre que le testicule mis à son aise pouvait se ressaisir, se refaire, se reconstituer de toutes pièces et jouer son rôle, comme organe de reproduction et de sécrétion.

Quelques faits d'abaissement de testicules ectopiés, par la pratique patiente des massages ont, il est vrai, semblé justifier cette supposition, mais en réalité cette supposition ne tient pas devant l'observation des faits plus nombreux et mieux observés.

En fait, l'infécondité du testicule dépend d'altérations congénitales et définitives du parenchyme testiculaire et c'est en vain que nous demanderons aux manœuvres sanglantes et à la mécanique chirurgicale la création d'un pouvoir fonctionnel appréciable, dans les ectopies très accentuées.

Pour que la question fut bien résolue, les observations devraient être très nombreuses et porter sur toutes les formes et tous les degrés, à tous les âges de la vie.

C'est sur une somme de 51 testicules ectopiés que mon ami le Dr Branca a étudié la question et est arrivé à des conclusions qui, je l'espère, nous permettront de juger la valeur vraie du traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire.

Je vous demande la permission de résumer en quelques mots, nos deux mémoires (1), dont le second va paraître dans quelques jours.

Vous me connaissez assez pour être assurés que je ne suis pas homme à me prévaloir de recherches et de découvertes qui ne sont pas de moi.

J'ai été, pendant près de quatre ans le témoin des examens multiples et ingénieusement variés de Branca.

(1) Premier mémoire : A. Branca et G. Félizet, Histologie du testicule ectopique, *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, p. 589. Alcan, éditeur, 1898.
(2) Deuxième mémoire : Recherches sur le testicule en ectopie, *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, p. 329, numéro de juillet-août 1902. Alcan, éditeur.

Il m'a mis sous les yeux ses coupes et ses dessins, il m'a imposé l'évidence.

J'ai été parfois un peu son collaborateur, mais, pour la partie histologique, j'ai été en vérité son élève.

J'avais l'intuition clinique des lésions, c'est Branca qui m'a apporté les démonstrations rigoureuses et scientifiques de l'évi-l'évidente Réalité.

Ces recherches histologiques ont éclairé d'un jour tel la nature et le caractère profond des altérations, qu'elles amèneront, un jour ou l'autre, les chirurgiens à penser que, à part les ectopies infantiles pour lesquelles on peut espérer et attendre souvent, l'intervention chirurgicale de l'orchidopexie n'aura que des indications exceptionnelles pour les ectopies de la grande adolescence et de l'âge adulte.

Nos mémoires reposent sur 51 observations se rapportant à tous les âges de la vie : enfants, adolescents et adultes. Sur ces 51 testicules dont l'étude représente plus de 1.600 coupes, chaque testicule étant coupé en 15 ou 20 morceaux, on ne trouve que 3 fois l'atrophie primitive, *atrophie conjonctive de l'enfance.*

Cette atrophie primitive est caractérisée par un développement énorme du tissu conjonctif, sorte de cirrhose qui comprime et étouffe les canalicules, la masse de l'organe étant d'ailleurs très petite.

Ce qu'on trouve dans la grande majorité des cas, c'est l'*Atrophie Épithéliale* secondaire, 48 fois sur 51.

L'épithélium du revêtement est constitué par les *cellules de Sertoli,* mais les éléments qui doivent nourrir ces cellules (*éléments de la lignée séminale*) n'achèvent pas leur évolution.

Ce sont là en effet des lésions profondes, fondamentales, aussi définitives que les anomalies congénitales que l'œil mesure et que l'on peut parfois corriger.

Ce sont des lésions qu'il n'est pas en notre pouvoir de rectifier, car ce sont des *manques* dans la structure, des anomalies du parenchyme, une sorte d'état mort-né qu'il ne faut pas songer à faire vivre. On comprend qu'avec de telles lésions, un testicule qui serait descendu dans les bourses ne pourrait pas être ramené à sa fonction normale, à plus forte raison s'il est ectopié et s'il doit éprouver dans son cordon les sections, les élongations et les écartellements que vous savez; à plus forte raison aussi s'il doit subir la destruction de ses artères, de ses veines et de ses nerfs, et ajouter à sa misère histologique, congénitale, les effets de la méthode atrophiante la plus radicale que l'intervention puisse, en aucune autre région, réaliser.

Ici, comme partout, ce sont les lésions anatomo-pathologiques

qui commandent les indications de l'intervention, et, pour n'être pas visibles à l'œil nu, les lésions n'en ont pas moins une signification décisive.

Comme l'avaient bien vu Godart et Goubaux, il n'y a pas de spermatozoïdes dans le testicule ectopié.

Mais il y a plus : Branca a démontré que les éléments qui constituent cette glande stérile subissent une dégénérescence incessante, suivant des modes histologiques variés.

Les artères et les veines représentent une masse diminuée, mais leur structure est absolument normale.

Le *Corps d'Highmore* et le *Rete Vasculosum* est largement perméable, contrairement à l'opinion de MM. Arthaud et Monod.

L'épididyme est plus ou moins volumineux. Il a, dans son inutilité de conduit excréteur, la structure d'un épididyme de glande bien conformée.

Chez l'enfant, la masse parenchymateuse est plus grêle, mais les tubes séminifères ne diffèrent guère par leur revêtement épithélial des tubes spermatiques des testicules infantiles bien venus.

Ces constatations anatomo-pathologiques, que je n'ai fait qu'effleurer, avaient leur importance : elles nous montrent ce que nous devons attendre, chez les adultes, d'un organe mal nourri, mal vivant et mal situé et si ce n'est pas payer trop cher un abaissement, fut-il définitif, résultat parfaitement illusoire et physiologiquement insignifiant.

L'état du testicule ectopié de l'adulte, tel que l'examen de ce grand nombre de pièces nous l'a fait connaître, ne semble pas justifier les tentatives audacieuses dont il a été question ici.

Chez l'adulte, avec ce travail de dégénérescence incessante dont Branca a suivi avec une grande clairvoyance les modes histologiques variés, plus ou moins rapides dans leur allure, mais fatalement progressifs.

Quant aux enfants, si l'ectopie n'a causé ni douleur ni accident, on peut patienter.

Si les circonstances nous y obligent, on peut agir, mais cette action doit être avant tout prudente et consister par exemple dans la section circonspecte des brides fibreuses et la conservation des vaisseaux et des nerfs (expériences d'Obolensky).

En cas d'insuccès, nous sommes partisans de la castration, mais nous repoussons chez les enfants plus encore que chez les adultes, l'opération de M. Mignon, dans l'idée que c'est mal servir les intérêts d'un organe mal formé et dont la vitalité est précaire, que de supprimer de parti pris les éléments vasculaires de sa nutrition.

M. Moty. — Tout en appréciant favorablement les résultats actuels de mon collègue Mignon, je pense qu'il ne faut pas se faire trop d'illusions à leur endroit; une excellente thèse de la Faculté de Lille (Dr Juste Colles) démontre en effet qu'il existe normalement une anastomose funiculo-spermatico-déférentielle, que la conservation d'une seule artère de la triade suffit ordinairement pour rétablir la circulation épididymo-testiculaire, et que cette anastomose manque totalement dans 7 p. 100 des cas, ce qui impliquerait 7 p. 100 d'atrophies nécessaires en cas de section de la spermatique; d'autre part, si les trois artères sont coupées, la circulation peut, il est vrai, se rétablir par l'intermédiaire de la funiculaire dont le riche lacis capillaire se rattache rapidement au réseau superficiel des périnéo-scrotales par néo-formation inflammatoire de capillaires dans la tunique celluleuse, mais cette greffe funiculo-scrotale ne peut réussir que si l'anastomose funiculo-spermatico-déférentielle existe et si aucun élément septique ne vient paralyser la circulation précaire du nouveau système. Cette thèse, qui repose sur trente injections réussies, éclaire certainement la question en ce qui concerne les artères, mais elle ne vise pas le système nerveux dont le rôle est cependant considérable, surtout dans les atrophies lentes ultérieures, de telle sorte que le pourcentage total des atrophies de testicules bien constitués, abaissés vers le fond du scrotum au prix du sacrifice de leurs vaisseaux et de leurs nerf, doit être bien près de 50 p. 100.

Un autre point important mérite d'être signalé; le sac des hernies qui accompagnent si souvent les ectopies testiculaires comprend dans sa paroi le testicule et le canal déférent, de telle sorte qu'une fois ce sac ouvert et l'épiploon réséqué, on aperçoit nettement le testicule et ses vaisseaux tendus comme une bride au-dessus de lui, tandis que le canal déférent passe derrière le testicule et se confond avec le sac; si l'on cherche alors à pédiculiser le sac, on y arrive très difficilement, et si on le résèque pour déblayer le terrain, comme cela m'est arrivé une fois, on a toutes les chances possibles de sectionner le canal déférent. Ayant reconnu aussitôt ma faute, je séparai avec les ciseaux le canal déférent du sac, je détachai le feuillet péritonéal qui recouvrait le testicule et avec l'aide de plusieurs pinces fixées sur les restes du sac et tordues ensemble, je réussis à lier mon collet; j'abaissai ensuite le testicule en mettant en rapport, par acquit de conscience, les deux bouts du canal déférent sectionné, je fermai l'abdomen et réunis complètement. Aucune complication, aucune douleur ultérieure du côté du testicule qui resta exactement où il avait dû être placé, c'est-à-dire en dedans de l'orifice superficiel du canal inguinal, de sorte que je laissai les choses en l'état.

Le point sur lequel je tiens surtout à insister, c'est le danger de sectionner le canal déférent et la possibilité de l'éviter en ne perdant pas de vue que dans ces formes d'ectopies le cordon est nécessairement dissocié, les vaisseaux et nerfs se dirigeant en haut et en dehors, tandis que le canal déférent se dirige en bas et en dedans.

M. Delorme. — Lorsque, dans notre dernière séance, j'ai écouté la communication de notre collègue M. Mignon, j'eus l'impression qu'il n'envisageait l'opération dont il nous parlait que comme une opération exceptionnelle, qu'il faisait, comme nous tous, malgré lui, lorsque, par la section du tractus fibreux, la descente du testicule était impossible, et qu'il avait voulu surtout, par son exposé, nous fournir une démonstration de physiologie pathologique.

La lecture de son mémoire ne me laisse plus la même pensée. M. Mignon décrit cette intervention sans restrictions au point de vue de son opportunité. Il est donc permis de penser qu'il ne serait pas éloigné d'en généraliser l'emploi.

Si telle était réellement la pensée de M. Mignon, je m'élèverais de toutes mes forces contre sa proposition, jugeant que cette opération serait alors très souvent *inutile* et *nuisible.*

Inutile, parce que tous ceux qui ont fait un assez grand nombre de fois cette descente testiculaire savent qu'on peut l'obtenir souvent par la seule section des tractus fibreux, nuisible parce qu'elle ne peut que compromettre la valeur d'un testicule dont la nutrition est déjà si altérée. Est-il besoin de se mettre en frais de démonstration pour prouver qu'un organe privé de ses vaisseaux et de ses nerfs sera sûrement de moindre valeur immédiate ou consécutive qu'un organe en possession de ses organes vasculo-nerveux ?

Il serait désirable que M. Mignon nous éclairât pleinement sur l'extension qu'il désire voir donner à sa description opératoire.

A propos de l'hématométrie par absence du vagin.

M. Picqué. — Je désire présenter quelques observations à l'occasion du rapport que nous a présenté notre collègue Chaput sur le cas de M. Fontoynont (de Tananarive).

Au sujet de la deuxième observation (hématométrie par absence de vagin), je tiens à faire de sérieuses réserves sur le siège du sang dans la cavité utérine.

Les renseignements cliniques fournis par notre confrère de Tananarive me semblent un peu incomplets, et, ce qui me frappe tout d'abord, c'est l'issue du sang dès l'incision de la membrane.

Quand le vagin vient à manquer, comme dans le cas que j'ai observé en 1889 et publié dans les *Annales de Gynécologie*, on est obligé de disséquer longuement le tissu cellulaire qui sépare la vulve de l'utérus, et de cheminer lentement entre le vagin et le rectum. Cette incision de la membrane, pratiquée par M. Fontoynont, suivie immédiatement de l'issue du sang, me rappelle plutôt les cas si fréquents d'hématocolpos et dont j'ai moi-même publié un cas il y a quelques années dans le premier volume de la *Médecine scientifique*.

Je n'aurais certainement pas pris la parole si notre collègue Chaput n'avait tiré de ce fait des conclusions au point de vue de l'origine vulvaire de l'hymen défendue autrefois par Pozzi à la Société de Biologie, thèse en opposition avec l'opinion de ceux qui considèrent l'hymen comme dépendant de l'extrémité inférieure des canaux de Muller.

Or, Chaput, au début de son observation, déclare « qu'à l'inspection des organes génitaux on ne découvre pas d'hymen », puis il nous le décrit enserrant le col utérin comme la main sur le goulot d'une bouteille, c'est-à-dire lui donnant un siège en contradiction avec toutes les données de l'embryologie.

M. Fontoynont ne nous a pas dit s'il a refait le vagin; il ne nous dit rien des suites; il serait cependant intéressant de savoir ce qu'est devenu le canal vulvaire dans l'hypothèse qu'il admet et qu'accepte après lui notre collègue Chaput.

Au sujet de cette observation, notre collègue Guillet (de Caen) nous envoie l'observation suivante :

Absence complète du vagin. Hématométrie. Création d'un vagin artificiel. Guérison, par M. Guillet (de Caen).

Mlle X..., âgée de quinze ans, est d'une bonne santé habituelle. Elle a eu cependant une pleurésie il y a cinq ans, mais elle s'est bien remise depuis. De petite taille, elle paraît bien proportionnée; elle n'a jamais été réglée.

Aucun antécédent héréditaire à signaler; père et mère bien portants; une sœur, plus âgée qu'elle, est normalement réglée.

Le 1er novembre 1901, pour la première fois, la jeune fille ressent dans le bas-ventre des douleurs vives avec violentes coliques, qui durent cinq à six jours, pendant lesquels elle est obligée de s'aliter. Au bout de ce temps, les douleurs disparaissent et la malade peut reprendre sa vie active jusqu'à Noël suivant. A cette époque, c'est-à-dire le 25 Décembre, elle est reprise de douleurs beaucoup plus vives que la

première fois, pour lesquelles elle consulte un médecin. Celui-ci les attribue à de la dysménorrhée et, sans examen approfondi, ordonne l'application de sangsues. Cette crise dure environ huit à dix jours, mais, depuis ce moment, il ne se produit qu'un calme relatif, et la jeune fille continue à souffrir de coliques tous les jours. La persistance de ses douleurs fait qu'elle se décide à venir me consulter le 12 janvier 1902.

Au premier abord, la vulve paraît normale; les grandes et les petites lèvres sont bien développées. Le méat urinaire est saillant, et audessous de lui existe une légère dépression qui correspond à l'orifice vulvaire. Mais ce dernier n'existe pas; il n'existe aucune perforation et il n'y a pas d'hymen. La peau, avec ses caractères normaux, recouvre la petite dépression.

Par le toucher rectal, je constate l'existence d'une grosse tumeur ayant presque le volume d'une tête de fœtus à terme, qui bombe fortement dans le rectum. Cette tumeur, située sur la ligne médiane, est lisse, unie, régulière, et donne la sensation d'une masse molle empâtée. Elle n'est pas douloureuse à la pression. Elle paraît s'élever à mi-chemin de l'ombilic et descend à environ 4 à 5 centimètres de l'orifice anal.

Par le palper abdominal combiné au toucher rectal, je délimite exactement cette tumeur, qui est assez mobile et qui a bien les caractères que nous lui avons reconnus plus haut. Sur sa partie latérale droite existent des irrégularités qui sont douloureuses à la pression et qui nous paraissent formées par les annexes droites distendues.

Vient-on à introduire un cathéter dans l'urètre? On sent, avec le doigt introduit dans le rectum, qu'il n'y a qu'une faible épaisseur à séparer l'instrument du doigt.

La vessie se vide facilement; il y a de la constipation. L'état général est bon; pas de fièvre.

Notre diagnostic est celui-ci : Rétention des menstrues, due à une absence totale du vagin. Hématométrie.

En présence des accidents douloureux, et à cause des complications qui peuvent survenir, nous intervenons le 15 janvier.

Chloroforme. Position obstétricale.

Incision transversale entre l'urètre et le rectum, correspondant à la dépression signalée plus haut, et ayant environ 5 à 6 centimètres d'étendue. Nous arrivons ainsi en décollant pour ainsi dire le rectum de la vessie dans une profondeur de 6 à 7 centimètres et en cheminant dans une traînée de tissu, qui rappelle assez bien les fibres musculaires du vagin, jusqu'à la poche, que nous avons sentie par le rectum. Celle-ci est ponctionnée, puis incisée aux ciseaux dans le sens antéro-postérieur. Nous constatons que les parois de cette poche épaisse sont constituées par les fibres musculaires de l'utérus distendu, facilement reconnaissables. Par cette incision s'écoule une grande quantité d'un sang épais, poisseux, noirâtre, n'ayant aucune mauvaise odeur. Nous évaluons cette quantité à 500 ou 600 grammes environ.

Nous cherchons alors à reconstituer le vagin de la façon suivante :

deux lambeaux cutanés, larges de 6 à 7 centimètres, sont taillés de chaque côté de la vulve et rabattus dans la dépression profonde, qui vient d'être creusée. L'utérus étant abaissé à l'aide d'une pince, il nous est facile de suturer l'extrémité de chacun de ces deux lambeaux aux deux lèvres résultant de la section antéro-postérieure de l'utérus. Il en résulte deux parois latérales, qui sont appliquées fortement contre les parois du pertuis creusé par des lanières de gaze iodoformée.

Au bout de deux ou trois jours, cette gaze est remplacée et le même pansement se fait de temps en temps.

Au bout de dix jours, nous constatons que les deux lambeaux sont dans d'excellentes conditions. Le vagin ainsi formé laisse facilement passer l'index. La dilatation graduelle de ce conduit est dès lors commencée à l'aide de bougies de Hégar et actuellement je passe facilement la bougie n° 23.

La tumeur du ventre s'est affaissée et les douleurs ont disparu.

L'écoulement menstruel s'est fait facilement le 14 février pendant deux jours, et depuis lors les règles reviennent périodiquement sans coliques.

Ce cas est plus explicite, à la vérité, que celui de Fontoynont : des renseignements cliniques précis sont indiqués, néanmoins, je ne puis encore me défendre de l'idée qu'il s'est peut-être agi d'un hématocolpos partiel limité au tiers supérieur du vagin.

En tout cas, ce qui me paraît intéressant dans son observation, c'est l'absence d'un hymen complet avec une vulve normale et un vagin absent au moins dans ses deux tiers inférieurs, observation semblable à celle que j'ai publiée dans les *Annales de gynécologie* et où l'hymen manquait également avec une vulve normale et un vagin absent.

J'avais cru devoir, à l'époque, m'appuyer sur ce cas pour défendre l'origine vaginale de l'hymen.

Je terminerai en disant un mot sur le procédé autoplastique suivi par M. Guillet et que j'avais recommandé dans mon cas.

Ce procédé, qui n'est, en somme, que celui préconisé autrefois par Dupuytren, me paraît supérieur à tous les autres.

Mais il faut que le sommet de l'angle dièdre soit haut placé pour éviter son effacement progressif et, par suite, la disparition du nouveau conduit.

Communications.

Fistule ombilico-vésicale. Résection sous-péritonéale de l'ouraque et d'une poche urineuse rétro-ombilicale. Guérison,

par VICTOR PAUCHET (d'Amiens).

Il s'agit d'un garçon de cinq ans, François B., qui me fut adressé au mois de mai dernier par le Dr Legris (de Saint-Valéry).

Antécédents. — Il n'existe aucune malformation congénitale chez les ascendants, ni chez les collatéraux. Dès la naissance, et peu après la chute du cordon, les parents virent persister un gros bourgeon charnu et un écoulement de liquide clair que l'odeur fit reconnaître pour de l'urine. Le suintement se produisait par intermittences, avec des intervalles de quatre ou cinq jours. Il persistait un à deux jours, survenant toujours sans jet, et s'accompagnant de douleurs abdominales.

Le Dr Legris vit ce malade pour la première fois en avril dernier. A cette époque, l'ombilic disparaissait sous une masse de bourgeons charnus, qu'une cautérisation au nitrate d'argent détruisit définitivement.

État préopératoire. — Enfant maigre, d'aspect normal. Pas de malformation génito-urinaire. Une bougie numéro 6 traverse l'urètre sans difficulté. L'orifice fistuleux admet l'introduction d'un crin de Florence, qui pénètre de 3 ou 4 centimètres, sans fournir aucun renseignement sur la direction du trajet. L'ombilic occupe sa place habituelle; il repose sur une joue indurée large de 1 centimètre, sorte de noyau dur contenu dans l'épaisseur de la paroi abdominale. La palpation fait sourdre une certaine quantité d'urine. Cet écoulement provoqué pouvait faire penser à une rétention partielle de l'urine évacuée incomplètement par la dernière miction. En réalité, ce liquide s'accumulait dans la poche rétro-pariétale qui, d'une part, communiquait avec la fistule ombilicale, et de l'autre avec la vessie par l'intermédiaire d'un ouraque court et resté perméable. La quantité d'urine émise pendant vingt-quatre heures par la fistule, et recueillie par un pansement ouaté, est de 80 grammes. Il n'existe pas de cystite : les mictions sont indolores, leur fréquence normale; les urines sont claires. Je décidai donc d'intervenir, en pratiquant la résection sous-péritonéale de l'ouraque. L'existence de la poche rétro-ombilicale ne fut pas reconnue avant l'opération.

Opération. — J'intervins le 20 mai 1902, à l'hospice Saint-

Vincent-de-Paul (pavillon Duvauchel). Incision médiane, commençant à 3 centimètres au-dessus de la fistule, circonscrivant la joue ombilicale, puis descendant jusqu'à 2 centimètres au-dessus du pubis. Le bistouri entame la peau et le tissu fibreux qui forme l'ombilic et la ligne blanche, pénétrant jusqu'au péritoine qui n'est pas ouvert. Je pratique ainsi une longue ouverture, afin de lier l'ouraque très bas, et d'aviver les muscles droits sur une grande étendue. Après avoir isolé la rondelle ombilicale et le tissu fibreux sous-jacent, je la saisis à l'aide d'une pince de Museux; j'exerce sur elle une certaine traction pour faire saillir les tractus qui partent de l'ombilic, et reconnaître ainsi l'ouraque. Cette manœuvre ne produisit pas l'effet attendu. On vit s'énucléer une masse d'aspect fibreux du volume d'une noix qui se laissa facilement détacher du péritoine avec le seul secours d'une compresse. A la suite de cette masse, l'ouraque se montra sous forme d'un cordon mince, transparent, semblable à une veine vide de sang, et aboutissant au sommet de la vessie. Une ligature au catgut fut jetée sur l'insertion vésicale du canal, qui fut sectionné; le petit moignon fut enfoui sous une suture en bourse. Cette résection fut exécutée sans ouverture du péritoine. La plaie abdominale fut réunie par cinq points séparés profonds. Pas de drainage, pas de sonde à demeure. Les fils furent enlevés au bout de dix jours. La cicatrice paraît solide.

Examen macroscopique de la pièce. — Masse ovoïde du volume d'une noix. Son sommet se confond avec le petit nodule fibreux qui adhère à la rondelle de peau excisée, et qui est traversée par la fistule. L'extrémité inférieure de la masse se continue avec l'ouraque long de 3 centimètres, et dont le calibre admet une sonde cannelée. La pièce fendue présente une cavité et ressemble à une vessie petite et rétractée. Les parois sont épaisses et fibreuses, la muqueuse présente un grand nombre de plis profonds tous dirigés dans le sens axial.

L'examen histologique n'a pas été fait.

Les fistules urinaires ombilicales dues à la perméabilité de l'ouraque ne sont pas rares, puisque Jean Monod, dans sa thèse de 1899, en a recueilli 56 observations. L'écoulement peut, dans certains cas, n'apparaître qu'à un âge assez éloigné de l'époque de la naissance.

Comme les complications inflammatoires de l'appareil urinaire ne sont pas rares à la suite de cette infirmité, on devra intervenir toujours et le plus tôt possible. S'il existe de la cystite, celle-ci sera d'abord traitée, si l'on constate un phimosis, un rétrécissement ou autre obstacle au cours normal de l'urine, celui-ci sera préalablement levé.

L'intervention consistera dans la résection de l'ouraque ainsi que l'ont pratiqué M. Monod (1) et Henri Delagenière (2). Ces deux auteurs ont ouvert la cavité péritonéale.

Je trouve qu'il est préférable de faire *la résection sous-séreuse*, car d'une part le mauvais état de la peau ombilicale généralement excoriée rend la désinfection difficile, et d'autre part si la ligature de l'ouraque venait à céder au ras de la vessie, il ne serait pas indifférent que le péritoine fût laissé intact.

Les agrafes de Michel en chirurgie abdominale,

par M. CHAPUT.

Ainsi que l'ont démontré Pilate, Jalaguier, Mauclaire, Michaux et moi-même, les corps étrangers abandonnés dans le péritoine s'éliminent dans les organes voisins : intestin, vagin, vessie.

C'est le mécanisme de ce processus qui m'a conduit à employer les agrafes métalliques pour la chirurgie abdominale. Je rappelle pour mémoire que j'ai déjà présenté à la Société des pièces et observation d'agrafage intestinal en juillet 1901.

On peut utiliser les agrafes pour les sutures de l'estomac ou de l'intestin, mais non pour la vessie; en effet, l'élimination vésicale est mauvaise, car elle devient l'origine de calculs ; aussi ne doit-on pas employer les agrafes au voisinage du réservoir urinaire.

L'élimination par l'intestin ou par le vagin n'a pas d'inconvénient et est bien tolérée.

J'ai placé dans le péritoine des agrafes plates et des agrafes rondes de Michel.

Le 16 avril 1901, j'enlevai sur une femme de trente-cinq ans un gros fibrome du volume d'une tête d'enfant, pédiculé et inséré sur le fond de l'utérus. Après avoir sectionné et taillé le pédicule en V, je le suturai à la soie fine, mais, par chaque trou d'aiguille, le sang coulait en abondance ; les sutures complémentaires que je plaçai n'eurent pas plus de succès. Je mis alors sur les trous des piqûres six agrafes plates de Michel qui firent l'hémostase d'une manière parfaite.

J'enlevai encore deux fibromes, gros, l'un comme une bille, l'autre comme une noix, et je réunis les bords de leur coque avec

(1) *In Thèse* de Jean Monod (1899). Des fistules urinaires ombilicales par persistance de l'ouraque.

(2) Henri Delagenière. *Arch. prov. de chir.*, 1892.

des agrafes plates; la malade guérit *per primam* et n'eut aucun trouble consécutif. J'ai eu de ses nouvelles récemment, quatorze mois après son opération; elle est très bien portante et ne souffre pas. Au palper bimanuel on constate une légère tuméfaction sur la face antérieure et gauche de l'utérus; cette tuméfaction correspond peut-être à l'enkystement des agrafes; la radiographie a montré l'existence de cinq agrafes seulement; les autres peuvent n'être pas visibles ou avoir été éliminées.

Le 12 avril dernier, j'opérais une appendicite datant d'un mois, chez une femme de trente ans; l'appendice, friable, se coupait sous la ligature du catgut; je l'oblitérai avec deux agrafes plates de Michel. Le résultat fut excellent, aucune suite fâcheuse. Guérison.

Quelques jours après, le 24 avril, j'oblitérai de même le moignon appendiculaire avec trois agrafes plates; le résultat fut parfait aussi.

Dans deux autres observations, j'ai appliqué plusieurs agrafes plates sur des surfaces saignantes du cæcum au cours d'opérations d'appendicectomie. L'hémostase a été réalisée parfaitement et les malades n'en ont éprouvé aucun inconvénient.

Le 26 juin dernier, j'opérais une femme de quarante-cinq ans, qui m'était adressée par notre confrère, le Dr Dubois, député de la Seine, pour un cancer utérin. J'exécutai l'hystérectomie abdominale totale après curage par le vagin. En raison de l'embonpoint de la malade, j'avais beaucoup de peine à suturer le péritoine vésical au plancher pelvien; je pris le parti de réunir ce péritoine à l'S iliaque au moyen d'une dizaine d'agrafes rondes; le placement de ces agrafes fut extrêmement rapide et la guérison se fit sans aucune complication.

Le 1er juillet 1902, je fis l'ovariotomie à une femme de trente-trois ans. Le kyste était très adhérent à la paroi abdominale antérieure, à l'épiploon, à la vessie; son pédicule d'origine était très épais; l'opération, très pénible, dura une heure et demie; la vessie ayant été ouverte fut suturée au catgut, car les agrafes auraient pu s'éliminer dans ce réservoir et devenir l'origine de calculs. Je plaçai au cours de cette opération dix ligatures métalliques sur l'épiploon, autant sur le ligament large, et je réunis au moyen de huit agrafes rondes le péritoine dénudé de la fosse iliaque droite.

Malgré les difficultés opératoires, malgré la plaie de la vessie et malgré la résection d'un lambeau de péritoine pariétal plus large que la main, la malade supporta merveilleusement l'opération; elle est actuellement guérie.

Je reviendrai plus tard sur l'hémostase par les ligatures métalliques; pour le moment, qu'il me suffise de faire remarquer que

la malade a bien supporté 28 corps métalliques abandonnés dans le péritoine au cours d'une opération extrêmement difficile.

Je donnerai en détail l'observation suivante de gastro-entérostomie par le procédé des agrafes.

Cancer du pylore. Gastro-entérostomie postérieure au moyen des agrafes métalliques. Guérison, par M. Chaput (observation rédigée par M. Busquet, externe du service).

Le nommé L... (Isidore), trente-deux ans, journalier, m'est envoyé le 20 juin dernier par mon collègue M. Œttinger.

Il n'a jamais été malade et ne présente aucun antécédent héréditaire.

Il reçut, il y a six mois, un coup de pied dans le bas-ventre; depuis ce moment, il n'a cessé de ressentir des douleurs dans l'abdomen. Deux mois après l'accident, il commença à vomir; les vomissements étaient quotidiens et survenaient trois ou quatre heures après le repas du soir; ils étaient tantôt alimentaires, tantôt bilieux et parfois de couleur brun chocolat.

Il entra le 29 mai chez M. Œttinger.

État actuel. — Le malade a un assez bon facies, il paraît assez vigoureux.

On constate du clapotage gastrique; l'estomac percuté descend jusqu'à l'ombilic; on a constaté en médecine des ondulations péristaltiques de l'estomac. Au palper, on trouve une induration mal délimitée dans la région pylorique. Pas de douleurs, pas de constipation.

Le lavage de l'estomac pratiqué le matin à jeun ramène des débris alimentaires.

L'analyse du suc gastrique décèle une diminution notable d'acide chlorhydrique libre. Quelques symptômes nerveux : inégalité pupillaire, signe d'Argyll, signe de Westphal. Quelques douleurs fulgurantes; le malade oscille un peu quand il reste debout les yeux fermés. Le sens des attitudes est diminué.

Rien dans les urines ni dans les autres appareils.

Les membres inférieurs sont œdématiés.

Opération le 23 juin 1902. — Pendant les trois jours qui ont précédé, on a lavé l'estomac matin et soir.

Anesthésie à la cocaïne locale à 1 pour 200; emploi de 6 centigrammes.

Je trouve environ un litre d'ascite dans le ventre. Le pylore est occupé par une tumeur volumineuse de 6 à 7 centimètres de diamètre qui paraît adhérente à la paroi postérieure de l'abdomen.

J'exécute la gastro-entérostomie avec les agrafes rondes de Michel.

Après avoir trouvé la première anse grêle, je fais une ouverture dans le méso-côlon transverse, à travers laquelle j'attire une ampoule gastrique.

Je fixe le méso-côlon à l'estomac par six à huit agrafes métalliques.

Je réunis ensuite l'anse grêle à l'estomac par une rangée d'agrafes postérieures séro-séreuses.

Coprostase des deux viscères, incision de 4 centimètres, essuyage des muqueuses avec des tampons.

Étage muco-muqueux postérieur (agrafes).

Étage muco-muqueux antérieur (agrafes).

Étage séro-séreux antérieur (agrafes).

Suture de la paroi au fil d'argent.

L'opération a été très rapide; elle a duré trente-cinq minutes en y comprenant la cocaïnisation et les sutures de la paroi. Le malade n'a pas souffert.

Après l'opération, il est dans un état de bien-être parfait, il fume une cigarette quelques heures après. Il boit à discrétion.

Au dixième jour il commence l'alimentation solide.

Il est actuellement au dix-septième jour, en parfait état; l'œdème des jambes a disparu.

J'ai opéré le 8 juillet, en présence du D[r] Hernandez, de Cuba, une jeune fille de quinze ans, adressée par le D[r] Lemarignier, atteinte d'une tuberculose du cæcum; j'ai pratiqué l'entéro-anastomose iléo-colique gauche au moyen des agrafes Michel; l'opération a été exécutée très facilement et très rapidement; aujourd'hui la malade va très bien et tout permet d'espérer la guérison.

J'ai encore opéré le 4 juillet dernier une jeune femme présentant un énorme cancer du pylore se prolongeant très loin sur la grosse tubérosité de l'estomac; en raison de l'étendue des lésions, l'opération a été particulièrement difficile; la malade a présenté aussitôt après l'opération des vomissements rebelles qui ont persisté jusqu'à la mort survenue le 9 juillet. La malade n'a pas présenté de signes d'infection. L'autopsie sera faite demain; je la communiquerai dans la prochaine séance.

Je vous ai communiqué le 22 janvier dernier l'observation d'une femme opérée de gastro-entérostomie par le procédé des agrafes, le 25 novembre 1901.

Cette malade est morte de cachexie six mois après; je vous en présente les pièces.

L'orifice de la gastro-entérostomie est long de 3 à 4 centimètres et large en proportion, il est souple et mince; du côté de l'estomac on aperçoit des agrafes occupant l'orifice, dont l'une est presque entièrement éliminée; la troisième est 2 centimètres plus en dehors; elle correspond à la fixation du méso-côlon transverse à l'estomac.

Du côté de l'intestin, on aperçoit cinq autres agrafes dont plusieurs sont complètement éliminées.

J'avais fait dans l'espèce un très large orifice et placé en conséquence de trente à quarante agrafes. Comme il n'en reste plus que huit, je conclus que vingt au moins se sont éliminées sans accidents; d'ailleurs on peut constater que, sauf une seule, toutes les agrafes sont mousses et parfaitement inoffensives.

Je tiens à insister tout spécialement sur l'économie de temps que procurent les agrafes métalliques; là où les sutures demandent une demi-heure, on peut faire le même travail en cinq à dix minutes.

Les agrafes, étant métalliques et lisses, ne favorisent pas l'infection comme les soies; elles ne se résorbent pas trop vite comme le catgut; elles ne nécessitent pas comme les fils des trous beaucoup trop larges pour leur diamètre; elles entrent à frottement dur dans les tissus et ne laissent aucun pertuis autour d'elles; elles exposent donc moins à l'infection que les fils. Leur forme arrondie les rend inoffensives pour l'intestin lorsqu'elles tombent dans sa lumière.

Conclusions. — 1° Les agrafes rondes de Michel sont très avantageuses pour fermer le moignon appendiculaire, et pour hémostasier les surfaces intestinales saignantes;

2° Elles permettent de suturer avec une grande facilité le péritoine pelvien après l'hystérectomie abdominale totale;

3° On peut les employer pour l'hémostase des pédicules très saignants de myomectomie;

4° Les agrafes métalliques sont très précieuses pour la chirurgie intestinale; elles permettent d'abréger considérablement les sutures intestinales; elles rendent très faciles les sutures des organes sessiles situées profondément, qu'il est très difficile ou impossible de suturer avec des aiguilles.

Présentations de malades.

Cal vicieux du fémur. Ostéotomie.

M. Routier. — En octobre 1899, Y. B. se fait en tombant d'un arbre, une fracture de la partie moyenne du fémur gauche. Il est soigné chez lui, en Bretagne, on lui applique un appareil qui d'après ce que raconte le malade ressemblerait à un Scultet, on le laissa cinq mois et demi.

Il sortit de cet appareil avec une déformation considérable et un raccourcissement tel que la marche était impossible.

Il entre à l'hôpital de Lannion où on essaya de la traction continue sans résultat; il y resta sept mois.

En octobre 1901, il venait dans mon service; voici sa radiographie, le raccourcissement mesuré par M. Hennequin était de 11 centimètres.

Le 31 octobre, je mis à nu le cal et sectionnai le pont osseux qui réunissait les deux fragments de façon à entamer chacun de ces deux fragments en biseau se correspondant. Un fil d'argent autour des deux fragments les réunissait.

M. Hennequin plaça son appareil, et le malade supporta des tractions continues à 9 kilogrammes.

La plaie a suppuré sans que jamais le malade ait eu de température.

Le malade a passé par diverses alternatives, de consolidation apparente puis de mobilité, il a gardé la gouttière jusqu'en mars, les poids jusqu'en avril.

Depuis, il se lève et marche, le genou est un peu raide mais il l'était avant, il a eu un énorme gonflement de tout le membre dès qu'il s'est levé. Il vient de passer 15 jours à Vincennes.

Il n'a plus aujourd'hui que 1 centimètre de raccourcissement.

M. Hennequin. — La photographie prise d'après la radiographie montre l'espace inter-fragmentaire plus grand du double de ce qu'il était en réalité. La traction exercée après la libération des fragments ne diminuait le raccourcissement que d'une quantité insignifiante. Donc tout ce qui a été gagné est dû à l'extension.

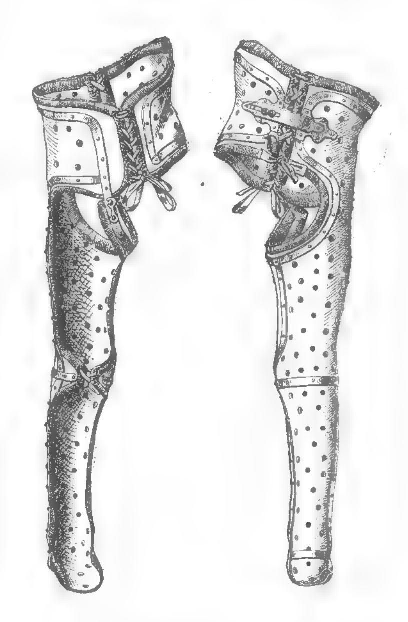
La radiographie prise après la consolidation montre que les fragments qui avaient été taillés en bec de flûte sont comptés; mais si on en juge d'après leurs extrémités en saillie sur les côtés latéraux du fémur, on a la perception que non seulement le raccourcissement n'a pas été diminué mais plutôt augmenté. Or, le membre blessé qui, avant l'opération mesurait 11 centimètres de raccourcissement, n'en a plus qu'un maintenant. A ma connaissance, il n'existe pas d'observation où dans une fracture datant de trois ans, après des rétractions musculaires et aponévrotiques, aussi anciennes on ait pu corriger un raccourcissement aussi étendu. Cet heureux résultat a été favorisé par deux circonstances; 1° la tolérance du blessé pour l'extension continue (10 kilogrammes pendant trois mois); 2° la suppuration, qui en retardant la consolidation a permis à la traction d'agir pendant longtemps et peut-être plus efficacement sur des éléments rendus plus ductiles par l'inflammation.

M. Lucas-Championnière. — En 1889, dans le cours d'une épidémie de grippe pendant laquelle je soignais un malade à qui j'avais fait une suture osseuse du fémur, j'eus à appliquer la traction continue par l'appareil de Hennequin, pour remédier à des mouvements intempestifs auxquels s'était livré le malade pendant la fièvre que lui avait occasionné la grippe. Heureusement la suture osseuse ne s'en ressentit pas et je n'eus qu'à me féliciter de l'appareil de Hennequin qu'on n'employait pas alors dans ces cas-là.

Appareils amovo-inamovibles en celluloïd armé et ignifugé pour le traitement de la coxalgie.

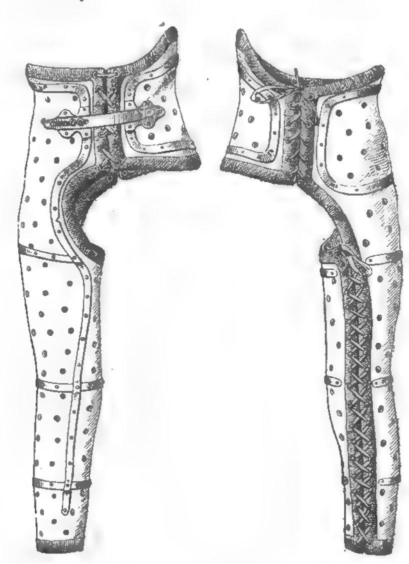
M. Jalaguier. — J'ai l'honneur de vous présenter au nom de mon élève, le Dr Ducroquet, trois enfants munis d'appareils en celluloïd applicables au traitement de la coxalgie à ses diverses périodes.

I. *Appareil du début de la coxalgie.* — Il est formé, comme vous le voyez, d'une ceinture pelvienne continuée par une longue attelle postérieure de la cuisse et de la jambe. Au niveau du genou deux ailerons latéraux viennent embrasser cette articulation et s'opposent ainsi aux mouvements de flexion, abduction et adduction. A son extrémité inférieure l'appareil se continue sur la voûte et les bords latéraux du pied, empêchant ainsi les mouvements de rotation de la hanche. La ceinture pelvienne remonte jusque sur la partie inférieure du thorax opposée au côté malade et de cette façon s'oppose à l'adduction du membre malade.



L'avantage de cet appareil qui peut jusqu'à un certain point remplacer la gouttière de Bonnet, est de permettre la surveillance de toute la partie antérieure du membre laissée à nu. Avec cet appareil le malade doit rester couché.

II. *Appareil de la période d'état et de la convalescence.* — Cet



appareil, comme le précédent, est formé d'une ceinture pelvienne avec prolongement thoracique du côté opposé à la hanche malade. Il descend jusqu'au-dessus des malléoles, mais sans laisser à découvert la partie antérieure du membre.

Il peut être employé à la période de début, mais il convient surtout pour le moment où l'on peut permettre au malade de se lever et de marcher soit avec des béquilles, soit en posant le pied à terre.

III. *Appareil de convalescence.* — Cet appareil peut être employé



chez des malades ayant conservé des mouvements de la hanche.

Il est formé comme les précédents d'une ceinture pelvienne avec prolongement thoracique s'opposant à l'adduction. Il est articulé à la hanche et descend jusqu'au genou dont il embrasse les condyles. Le mode d'articulation de l'appareil au niveau de la hanche permet au chirurgien d'augmenter progressivement les mouvements de flexion. Un fort muscle artificiel fixé à la partie postérieure du bassin force le malade, après chaque mouvement de flexion, à replacer la jambe en extension, et s'oppose ainsi aux attitudes vicieuses et aux entorses articulaires causes si fréquentes de récidives.

Une glissière de forme spéciale permet d'élargir la partie pelvienne lorsque l'enfant vient à grossir.

Ces trois appareils très légers et cependant très solides, peuvent être, à volonté, rendus *inamovibles* par l'adjonction de petites bandes métalliques fixées au moyen d'écrous.

Opération d'empyème par incision verticale postérieure.

M. Moty. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un second opéré *d'empyème par incision verticale postérieure;* il s'agit d'une pleurésie gauche à pneumocoques ponctionnée trois fois et datant de deux mois ; l'opération a été faite le 6 juin.

C'est la septième fois que j'emploie l'incision verticale postérieure et je ne puis que me louer de ses résultats.

M. Bouglé présente un malade auquel il a fait la *gastro-entérostomie*, par le procédé de *Roux*.

Renvoyé à une commission : M. Ricard, rapporteur.

Présentation de pièces.

Fracture du cubitus et luxation de la tête du radius en avant; réduction; récidive; sutures osseuses du cubitus, fixation du radius par un fil métallique disposé en forme d'anneau, récidive de la luxation, excision de la tête du radius.

M. Delorme. — Présentation de la radiographie de l'avant-bras d'un cavalier qui à la suite d'une chute de cheval fut atteint

d'une fracture du cubitus à sa partie moyenne et d'une luxation complète de la tête du radius en avant. Réduction, bon résultat.

Au cours d'un congé de convalescence la fracture se reproduisit avec la luxation. Je suturai alors les fragments du cubitus ; puis, pour empêcher le déplacement du radius, j'appliquai une anse de gros fil métallique qui, recouvrant la demi-circonférence antérieure du col du radius et bien tendu, se fixait dans le cubitus. Ce fil avait été placé au-dessus de la tubérosité bicipitale, parce que je pensais qu'ainsi disposé il atténuerait ou paralyserait l'action du biceps, si favorable à la récidive de la luxation. Après l'application du fil, les mouvements du radius étaient faciles et la luxation semblait ne devoir plus se reproduire.

Un mois après l'opération, lors de l'exécution des premiers mouvements, la luxation se reproduisit. Je dus alors exciser la tête radiale pour obtenir la guérison.

Malgré son insuccès, cette opération m'a paru digne d'être signalée. Elle diffère de celle de Bardenhauer qui a réuni par un fil la tête radiale et le condyle huméral. Ma suture, au contraire, n'était pas immobilisante. J'avais pensé à tort qu'elle pourrait rester efficace et définitive. Dans un cas semblable j'entourerais le col radial de plusieurs tours circulaires de fil qui ne seraient pas assez serrés pour empêcher le radius de tourner sur son axe.

Séparation des urines dans une vessie de dix-huit grammes.

M. Legueu. — Lorsqu'il y a quelques semaines, je vous présentais le séparateur gradué de M. Cathelin, je vous faisais observer que le principal avantage de cet appareil était de pouvoir se plier à toutes les exigences d'une vessie douloureuse. Nous avions déjà appliqué cet appareil sur des vessies malades et sensibles, et l'application s'était faite dans des conditions si parfaites que nous étions autorisés à fonder sur lui les plus larges espérances.

Et cependant nous n'avions jamais encore réalisé la séparation dans des conditions plus délicates que celles qui nous ont été présentées par la malade dont je vais parler.

Voici le résultat d'une séparation effectuée dans une vessie de dix-huit grammes, douloureuse et presque intangible. Il s'agissait d'une malade anciennement néphrotomisée et dont le rein était actuellement fermé. Je voulais connaître la valeur fonctionnelle de ce rein fermé, et c'est dans ce cas que fut faite la séparation.

La vessie reçut 15 grammes de liquide ; l'application de l'appareil dura douze minutes pendant lesquelles la malade

n'éprouva aucune douleur, mais seulement un peu d'énervement et une légère envie d'uriner. En huit minutes, on a recueilli 10 grammes d'urines du rein droit et 8 grammes du rein gauche.

A droite, le débit fut lent, mais régulier ; à gauche, l'écoulement fut irrégulier. Les urines du rein droit donnent 4 gr. 50 d'urée au litre ; le rein gauche, 3 gr. 45.

Ces résultats de l'analyse n'ont d'ailleurs en l'espèce aucun intérêt, et ce n'est pas pour cela que je vous montre ces tubes. Je vous les présente parce que c'est la première fois que dans une vessie de dix-huit grammes on a pu pendant un temps suffisant se livrer sans violences et sans douleurs à faire avec succès l'application d'un appareil destiné à recueillir isolément les urines des deux reins. Une vessie aussi douloureuse avait jusqu'alors fait échec à tous les appareils, et ces difficultés ont été très simplement vaincues par l'appareil de M. Cathelin.

M. Pierre Delbet. — J'ai fait appliquer par Cathelin son appareil à une malade qui l'a supporté sans souffrir pendant prés d'une heure.

M. Poirier. — J'ai fait appliquer deux fois par M. Luys son appareil à des malades qui l'ont supporté très bien pendant une demi-heure, et la séparation a été parfaite.

M. Tuffier. — L'instrument de Luys m'a donné, dans deux cas, des résultats intéressants. Dans un de ces cas, cependant, il s'est produit un petit accident que je crois bon de signaler. Dans ce cas les signes cliniques m'avaient démontré l'existence d'une pyélonéphrite tuberculeuse droite et je savais déjà par avance, grâce à l'épreuve du bleu de méthylène, que le rein fonctionnait normalement. Or, l'application de l'appareil de Luys eut pour résultat de nous donner des deux côtés une urine trouble. L'explication de cette discordance nous fut bien vite donnée : la malade était atteint de cystite. D'ailleurs, trois semaines après, lorsque cette cystite, traitée par les moyens habituels, fut guérie, une nouvelle application de l'appareil de Luys nous donna cette fois une urine claire à gauche, trouble à droite. Je fis l'extirpation du rein ; ma malade guérit et son urine est actuellement claire et normale.

M. Legueu. — Les résultats signalés par mes collègues prouvent que dans une vessie favorable tous les séparateurs sont bons : je ne crois pas que ces instruments soient égaux devant une vessie malade. Je ne crois pas en particulier que l'appareil de M. Luys puisse faire la séparation dans une vessie de 18 grammes. Je ne le crois pas, mais s'il en est autrement, si je me trompe, je serai très heureux de le reconnaître.

Œsophagotomie externe chez une fillette de trente mois pour corps étranger de l'œsophage.

M. Poirier. — Je vous présente la radiographie de la partie supérieure du thorax et du cou d'une fillette de trente mois. Il y a soixante-seize jours, cette enfant avala par surprise une pièce d'argent de un franc. Les symptômes immédiats furent quelques accès de toux et de suffocation; ils se calmèrent rapidement. Un vomitif, puis une purgation furent administrés sans résultat. Les déglutitions restèrent douloureuses pendant une huitaine de jours, puis l'enfant recommença à avaler assez facilement des aliments liquides ou des purées; les petits morceaux de viande étaient rejetés par vomissement aussitôt après avoir été déglutis.

Au bout de quelques semaines on cessa de se préoccuper de la pièce d'argent qui avait été avalée par mégarde, et, comme la fillette présentait de temps en temps des quintes de toux, on fit enfin appeler un médecin qui diagnostiqua une bronchite.

Comme celle-ci résistait aux remèdes, on pensa que peut-être ces accès de toux étaient occasionnés par la présence d'un corps étranger de l'œsophage; la radiographie fut faite et montra la pièce placée dans le plan frontal, à la hauteur de la deuxième vertèbre dorsale.

Avant d'opérer j'ai exploré l'œsophage et essayé d'accrocher la pièce avec le panier de Graefe; ces tentatives n'ayant pas eu de succès, j'ai fait l'œsophagotomie externe; l'opération, simple et facile, n'a duré que quelques minutes : j'ai ouvert l'œsophage au niveau des premiers anneaux de la trachée, après avoir rejeté celle-ci un peu à droite; par la boutonnière œsophagienne, j'ai introduit une pince courbe, saisi et retiré du premier coup la pièce d'argent. J'ai réuni la plaie œsophagienne par trois points de catgut et placé un drain pendant vingt-quatre heures dans la partie inférieure de la plaie cervicale. Les suites ont été d'une extrême simplicité.

Epithélioma utérin, adénite para-cervicale bilatérale.

M. Poirier. — Je vous présente un utérus dont le col est atteint d'épithélioma. La dégénérescence, qui comprend les deux lèvres de l'organe a envahi presque toute la hauteur du col; un peu au-dessous de l'isthme elle est limitée nettement par un bord arrondi. La pièce est banale et je ne vous l'aurais point pré-

sentée si elle ne montrait de chaque côté du col un ganglion de la grosseur d'un noyau de cerise. Ce ganglion, qui paraît dégénéré (l'examen histologique prononcera), est situé à deux centimètres et demi environ du bord utérin, un peu au-dessous de l'isthme, le long du pédicule des vaisseaux utérins, là où les représente une planche du magnifique atlas de Sappey,

J'ai trouvé ces ganglions au cours d'une hystérectomie abdominale, après la ligature des artères utérines, en palpant le pédicule vasculaire que je venais de lier. J'avais au préalable lié le pédicule utéro-ovarien et vérifié que les ganglions de la chaîne iliaque où vont les lymphatiques du corps de l'utérus n'étaient point dégénérés.

J'ai nié autrefois l'existence de ces ganglions du col utérin; j'avais tort; s'ils ne sont point constants, on les rencontre encore assez fréquemment, comme j'ai pu m'en assurer au cours de recherches de contrôles faites par le procédé d'injection au bleu de Prusse, bien préférable au mercure pour révéler l'existence des petits ganglions.

Une autre conclusion est à tirer de cette pièce : c'est la condamnation de l'hystérectomie vaginale ou de l'amputation du col dans les cas d'épithélioma limité à cette partie de l'utérus.

M. Reynier. — Je rappelle à la Société que j'ai publié il y a deux ans, dans la *Semaine gynécologique*, des observations identiques à celle que vient de présenter M. Poirier. Faisant l'hystérectomie abdominale pour des néoplasmes du col, j'ai trouvé des ganglions le long de l'artère utérine, ganglions signalés par M. Lucas-Championnière, dont toutes ces observations confirment sa description des lymphatiques utérins. Ces faits viennent également montrer la supériorité de l'hystérectomie abdominale, sur l'hystérectomie vaginale en présence des néoplasmes utérins. La première de ces opérations permet seule d'enlever les ganglions dans ces cas-là.

M. Lucas-Championnière est heureux de la présentation de M. Poirier, qui permet de vérifier l'existence de ganglions qui ont été contestés et dont il avait fait la découverte.

M. Bazy. — Si j'avais pensé qu'on pût encore contester l'existence des ganglions, je me serais fait un plaisir, un devoir, d'apporter ici deux ganglions cancéreux, du volume d'une noix, que j'ai enlevés cette année-ci, en même temps que l'utérus, par voie abdominale.

M. Poirier. — Les injections faites par Marcille d'après la méthode de Gérota montrent qu'il existe souvent au voisinage du col de l'utérus un ganglion sur le col même, il existe un réseau lymphatique pelotonné.

M. L.-Championnière. — J'avais soutenu qu'il y avait, dans le point dont nous nous occupons, un groupe de vaisseaux lymphatiques, et que quelquefois il y avait un ganglion.

En ce qui concerne Sappey, il niait ces lymphatiques, de même que les lymphatiques de l'utérus, parce qu'il ne les avait pas injectés.

M. Poirier. — Je sais que dans l'atlas de Sappey ces ganglions sont figurés. Je suis heureux d'apprendre qu'il était venu à résipiscence.

M. Championnière. — En tout cas, il les avait acceptés sans me le faire savoir.

Fracture grave, compliquée de plaie, du cou-de-pied gauche. Nécrose de l'astragale et de la malléole externe. Reconstitution d'une malléole externe aux dépens du tibia. Guérison.

M. Demoulin. — Dans notre dernière séance, j'ai présenté un malade qui, après un traumatisme grave et exposé du cou-de-pied gauche, avait eu une nécrose de l'astragale et de la malléole externe. Je vous ai dit qu'après l'ablation de ces parties mortifiées, le pied était resté ballant malgré une immobilisation prolongée, et que pour remédier à cet inconvénient, rendant la marche impossible, j'avais creusé une mortaise dans l'extrémité inférieure du tibia afin de reconstituer la malléole externe, puis que j'avais mis cette mortaise en rapport avec la face supérieure du calcanéum convenablement avivée.

Je présente aujourd'hui deux radiographies dont l'une, surtout montre bien les rapports du calcanéum avec le tibia, et la présence d'une malléole externe bien constituée. (Voir Bulletin, p. 766.)

Utérus enlevé pour cancer utérin.

M. Tuffier. — Je vous présente l'utérus d'une femme chez laquelle j'ai pratiqué récemment l'hystérectomie abdominale pour

cancer utérin. Or, j'avais déjà opéré cette femme au mois d'octobre dernier pour un fibrome utérin, et j'avais fait par voie abdominale l'énucléation de ce fibrome qui pesait 1 kilogramme.

Si vous voulez bien examiner cette pièce, vous verrez que la cicatrice utérine résultant de ma première intervention est à peine visible, il reste une induration fibreuse et jaunâtre comme cicatrice à la place du gros fibrome que j'ai enlevé.

MM. Guinard et Rochard constatent qu'il existe encore dans cet utérus de petits fibromes.

M. Tuffier. — Il n'existe aucun fibrome et ce que M. Guinard regarde comme tel n'est que la cicatrice du fibrome enlevé.

M. Paul Segond. — Il y a deux ans, j'ai présenté à la Société d'obstétrique et de gynécologie une pièce donnant la même démonstration anatomo-pathologique que celle de M. Tuffier. Voici quel était, en effet, le texte de ma communication : « Présentation d'un utérus montrant combien le retour de cet organe à l'intégrité peut être satisfaisant et complet après l'ablation de fibromes interstitiels morcellés par le vagin sans hystérectomie. » (*C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd. de Paris*. Paris, 1900, t. II, p. 149 et 155.)

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 16 JUILLET 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. Peyrot dépose sur le bureau, de la part de M. H. Girard, médecin de la marine, deux observations dont voici les titres : 1° *Fracture de l'humérus droit et paralysie radiale consécutive. Désenclavement du nerf radial. Guérison.* 2° *Fracture comminucative de la voûte cranienne. Trépanation et ablation de larges fragments osseux du frontal. Guérison.* — Les deux observations de M. Girard sont renvoyées à une commission dont M. Peyrot est nommé rapporteur.

M. le Président annonce à la Société que M. le médecin-inspecteur Claudot, membre correspondant, assiste à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur le traitement de l'ectopie testiculaire.

M. Carlier met sous les yeux de la Société une planche tirée de la thèse de son élève Colle, montrant l'anastomose à plein

canal qui se fait au niveau de la queue de l'épididyme entre les artères funiculaire, déférentielle, spermatique, et qui explique l'absence d'atrophie notable du testicule, quand on sectionne tout le paquet vasculo-nerveux sauf l'artère déférentielle. Une fois sur dix, cette anastomose fait défaut, et alors on peut voir cette atrophie après la section sus-indiquée; enfin il ne faut pas faire cette section quand il y a une altération de la queue de l'épididyme, car alors l'anastomose n'existe plus.

M. A. Mignon. — Je vous demande la permission de répondre en quelques mots aux nombreuses critiques motivées par ma communication sur le traitement de l'ectopie testiculaire par la section de tous les vaisseaux du cordon.

L'objection qui m'a le plus frappé est que j'avais eu le tort de présenter ce procédé de traitement de l'ectopie testiculaire comme un procédé à généraliser. Je regrette de ne m'être pas suffisamment expliqué pour rendre ma pensée plus claire. Evidemment, on ne doit sacrifier les vaisseaux du cordon que si l'abaissement du testicule ne peut être obtenu qu'à ce prix. J'ai l'habitude, comme tout le monde, de me borner à libérer toutes les brides périfuniculaires pour réduire l'ectopie inguinale. Mais les malades que je vous ai présentés avaient des ectopies hautes, sus-inguinale et iliaque, et les tractions exercées sur leur cordon libéré n'en amenaient pas l'allongement. Si je n'avais pas procédé ainsi que je l'ai fait, il ne me restait que trois solutions : abandonner le testicule à l'orifice externe du canal inguinal au delà duquel la longueur du cordon vasculaire ne permettait pas de le faire descendre, le refouler dans le ventre ou l'enlever.

L'expérience m'a permis de constater que les testicules rapprochés de l'orifice externe du canal inguinal devenaient douloureux ; et j'ai été consulté trois fois par des malades disposés à faire le sacrifice d'un testicule qu'on avait laissé trop près du pubis. Je crois que les demi-réductions ne valent rien.

Refouler le testicule dans l'abdomen, comme l'a fait M. Routier, n'aurait peut-être pas été sans inconvénient, au moins chez un de mes malades, celui qui avait une vaginalite de son testicule iliaque et dont l'opération avait été motivée par les douleurs de la vaginalite. Eût-il été sage de perdre de vue ce testicule chargé d'une pareille tare pathologique ? Est-il bien sûr aussi que le maintien d'un testicule dans le ventre ne fasse pas courir quelques risques au sujet. J'ai dû enlever récemment un testicule iliaque enflammé par des cathétérismes répétés de l'urètre.

Quant à la castration que les malades auraient peut-être acceptée, puisqu'ils n'avaient jamais ni vu ni senti leur testicule ectopié

et qu'ils en avaient un autre bien apparent, elle n'est pas à mettre en parallèle avec l'opération conservatrice que j'ai tentée.

M. Sébileau m'a demandé si j'étais sûr d'avoir coupé l'artère spermatique? Je lui répondrai que j'ai trouvé au milieu de vaisseaux très grêles, disséminés dans une toile celluleuse, et formant ensemble le pédicule vasculaire du testicule ectopié, un vaisseau filiforme saignant à la coupe comme une artère, et qui ne pouvait être que la spermatique, atrophiée comme le reste du cordon. D'ailleurs, je n'ai laissé, pour suspendre le testicule, que le canal déférent.

Quant au résultat opératoire, permettez-moi de conserver l'illusion qu'il n'est pas aussi mauvais qu'il a semblé à beaucoup d'entre vous. Les testicules que je vous ai présentés après dix-huit, douze et six mois de séjour dans la bourse, originellement déshabitée, ont le même volume et la même consistance que le jour de l'opération. Ils ont aussi leur sensibilité spéciale, c'est-à-dire que la pression éveille, chez les malades, la douleur testiculaire. Ils sont plus petits et plus mous que leur congénère. C'est entendu; mais n'oublions pas que les testicules ectopiés des adultes sont déjà atrophiés dans leur position anormale, et que leur abaissement ne peut modifier leur état.

Remonteront-ils? On ne peut l'affirmer, attendu que la gaine du cordon n'existe plus, et que c'est à la rétraction de cette gaine qu'est due probablement l'ascension de la glande après les réductions ordinaires.

S'atrophieront-ils au point de n'avoir plus aucune influence ni génitale, ni psychique? C'est à l'observation ultérieure de le dire. Nous nous trouvons aujourd'hui en face de trois faits qui remontent à des époques déjà assez éloignées pour que l'avenir ne soit pas trop sévèrement apprécié.

Et, en admettant que cet avenir ne soit pas tel que je le souhaite, et que les testicules aujourd'hui assez bien développés de ces malades diminuent progressivement de volume, n'y aurait-il pas lieu de faire intervenir, parmi les causes de cette atrophie lointaine, l'évolution atrophiante des testicules ectopiés démontrée par MM. Felizet et Branca.

Les agrafes de Michel en chirurgie abdominale.

M. Chaput. — Pour compléter ma dernière communication je vous annonce que la petite malade à l'entéro-anastomose dont je vous ai parlé mercredi dernier est parfaitement guérie. Je veux

aussi vous communiquer les résultats de la nécropsie de la malade dont je vous ai parlé dans la dernière séance.

Nous avons trouvé de l'infection du péritoine et de l'insuffisance des sutures. Je rappelle que cette malade a vomi pendant quatre jours; par conséquent il est possible qu'elle ait arraché ses sutures dans les efforts de vomissement.

D'autre part, à supposer que l'insuffisance des sutures soit primitive, elle s'expliquerait suffisamment par les difficultés opératoires dont j'ai parlé : j'ai été obligé de tirer fortement l'estomac à droite pour trouver une paroi saine; après l'opération il est probable que l'estomac a repris sa situation normale, de là tiraillement des sutures ou coudure de l'intestin, ou tiraillement et coudure à la fois.

Je vous présente encore la radiographie de la malade à la myomectomie sur l'utérus de laquelle j'avais placé 12 à 15 agrafes plates; sur l'épreuve que je vous présente, qui est prise quinze mois après l'opération on ne distingue que 5 agrafes environ. Ces agrafes sont donc enkystées et très bien tolérées.

M. Poirier. — M. Chaput nous a dit que les agrafes qui manquent dans la radiographie qu'il nous a présentée avaient été éliminées par l'intestin. Je ne comprends pas que cette élimination ait pu se faire par là. Je croirais plus volontiers qu'elle s'est faite par le vagin comme cela a lieu pour les fils de soie dans les cas d'hystérectomie.

M. Quénu. — Je ne conçois pas très bien cette pratique des agrafes métalliques appliquées au traitement des fibromes ces agrafes s'éliminent, peu importe par quelle voie, c'est là un résultat médiocre et nous devons précisément rechercher toute absence d'élimination de corps étrangers, soit en employant des substances tolérées, soit en utilisant des substances résorbables.

M. Chaput. — Ce n'est pas dans un cas d'hystérectomie abdominale, mais dans un cas de myomectomie, que j'ai employé ces agrafes, et je pense que c'est grâce à des adhérences qui se sont formées entre la cicatrice utérine et les anses intestinales voisinés que l'élimination de ces agrafes a pu se faire.

M. Poirier. — La distance entre la cavité utérine et la cicatrice d'une myomectomie n'est pas plus grande que celle qui peut exister entre les fils d'une hystérectomie abdominale supra-vaginale et la cavité utérine ; de sorte que l'élimination peut se faire

également bien dans les deux cas. Mais je serais désolé que des agrafes, placées ainsi, pussent être éliminées par l'intestin, grâce à des adhérences; car dans les opérations intra-abdominales, nous cherchons à éviter ces adhérences par tous les moyens, et c'est pourquoi nous enfouissons sous des sutures péritonéales les moignons utérins, les moignons d'ovariotomie, etc..., et nous purgeons les malades afin de mobiliser l'intestin.

M. Quénu. — M. Poirier vient de paraphraser les objections que j'ai faites à M. Chaput. Quand j'employais des fils de soie dans les pédicules des hystérectomies ou des ovariotomies, neuf fois sur dix, j'avais des résultats parfaits; mais une fois sur dix j'avais des éliminations de fil, et c'est pour éviter cette dernière éventualité rare, que dans les cas où je prévois une infection secondaire des fils, j'ai substitué à la soie les fils de catgut, surtout depuis que, grâce à la stérilisation par l'alcool à 120 degrés, je suis sûr de leur asepsie.

M. Chaput. — Je n'ai employé les agrafes dans ce cas-là que comme un moyen exceptionnel; pour faire l'hémostase, je multipliais les sutures; le sang continuait à couler par tous les points que je faisais, et je n'ai pu me rendre maître de l'hémorragie qu'en appliquant les agrafes de Michel.

Rapports.

Calcul vésical. Taille hypogastrique. Suture immédiate de la vessie. Guérison. Communication du Dr J. Matsoukis Calogero (de Constantinople).

Rapport par M. E. POTHERAT.

L'observation que nous a adressée le Dr Matsoukis, prise en elle-même, serait très courte. Notre confrère grec a rencontré un calcul dans une vessie non infectée; il a pratiqué une taille sus-pubienne, a enlevé le calcul, puis a fait une suture totale et immédiate du réservoir urinaire, et il a obtenu une guérison complète par première intention. Les faits de cette nature abondent aujourd'hui et ne présentent plus qu'un intérêt secondaire.

Mais ce qui est intéressant dans le cas de M. Matsoukis, c'est les conditions dans lesquelles s'est faite l'intervention, ainsi que vous allez en juger par le rapide exposé que je vais en faire.

C'était à Camaran, station sanitaire de la mer Rouge, au mois

de février dernier. Un jeune Arabe de vingt-six ans était venu demander des soins contre une rétention d'urine datant de trente-six heures. Le Dr Vlassis, qui le voit tout d'abord, fait appel au Dr Matsoukis qui reconnaît, avec son confrère, que la rétention est déterminée par un volumineux calcul vésical.

Tout d'abord, tous les moyens employés pour obtenir une évacuation vésicale sont insuffisants ou inefficaces. Pourtant, au bout de quatre heures, une évacuation est obtenue par le cathétérisme; mais cette évacuation n'est que très partielle, la rétention va continuer et l'état s'aggraver; il faut aviser sans retard. Le Dr Matsoukis estime que l'ablation du calcul seule peut mettre fin aux accidents, et propose la taille qu'il s'offre à pratiquer. Cette opinion est combattue par tous les médecins présents. Ceux-ci reconnaissent bien que la situation ne peut se dénouer d'une manière satisfaisante sans intervention, mais ils font remarquer que l'on manque des choses les plus élémentaires pour pratiquer une taille : une instrumentation insuffisante, pas de ballon de Petersen, des solutions d'une aseptie au moins douteuse, des objets de pansement primitifs, une installation moins qu'élémentaire, dont vous vous ferez une idée quand je vous aurai dit que le malade couchait sur un lit de paille, sans matelas ni couverture. Ils ajoutaient cet argument d'un tout autre ordre, mais qui n'était pas sans valeur toutefois, que le malade étant un Bédouin révolutionnaire, un insuccès ne laisserait pas ses coreligionnaires indifférents et pourrait exposer le chirurgien à quelque danger.

Le Dr Matsoukis, fort, nous dit-il dans son observation, des enseignements qu'il a puisés auprès de ses maîtres français, au cours de ses études à Paris où il a été interne provisoire, estimant qu'il ne devait avoir en vue que l'intérêt d'un malade dont la vie menacée pouvait être sauvée par une intervention qu'il se sentait capable de mener à bien, passa outre à ces objections et pratiqua, le 14 février dernier, la taille avec l'assistance des Drs Hoffert, de Naples, Vlassis, d'Athènes, et en présence du Dr Richardson, vice-consul d'Angleterre.

Le Dr Matsoukis, après être arrivé à faire pénétrer dans la vessie, avec une poire en caoutchouc, quelques grammes d'eau boriquée, plaça le malade en position inclinée, incisa la paroi au-dessus du pubis, reconnut le cul-de-sac séreux antévésical, qui descendait très bas derrière la symphyse et qu'il refoula en haut sans le blesser, ouvrit la vessie, et s'en fut saisir le calcul qu'il retira non sans difficulté, ce qui se conçoit, puisque ce calcul était appliqué sur le col et que le bas-fond vésical, en l'absence d'un ballon de Petersen, n'était pas soulevé. La vessie fut de suite fermée par des points de suture, puis les muscles pyramidaux réunis

au devant; enfin la peau fut suturée par un troisième plan, à l'exception d'une petite ouverture ménagée au bas de l'incision et maintenue à l'aide d'un petit drainage à la Mickulicz, afin de parer à tout accident au cas où la suture vésicale n'eût pas été étanche; enfin une sonde à demeure fut laissée dans le canal.

Les suites furent simples, malgré une chaude alerte au deuxième jour. Le malade, insuffisamment surveillé, jugeant qu'il devait être guéri, trouva inopportun son pansement et s'en débarrassa complètement. La température s'éleva à 40 degrés, il survint de la fréquence du pouls, des vomissements bilieux, du hoquet même, et le Dr Matsoukis eut les craintes les plus justifiées d'une infection péritonéale. Il fit transporter le malade dans sa propre maison, le surveilla lui-même, le pansa deux fois par jour, et eut enfin la satisfaction d'enrayer les accidents, et cela très rapidement. La réunion se fit sans accidents; la sonde à demeure fut supprimée, et le malade, qui avait été opéré le 14 février, quittait le 2 mars la maison de son opérateur.

Voici le calcul : il est de couleur noirâtre, arrondi, recouvert d'aspérités assez régulières; c'est un type de calcul mûriforme; il est volumineux, son poids est de 50 grammes; il n'a pas été étudié au point de vue de sa constitution chimique, mais, vraisemblablement, il s'agit là d'un calcul d'oxalate de chaux.

Telle est, Messieurs, l'observation du Dr Matsoukis! Vous voyez combien les détails qui l'accompagnent la rendent intéressante.

J'espère que vous jugerez comme moi que notre confrère grec, un peu perdu sur son îlot de Camaran, ayant à lutter seul contre de grosses difficultés de diverse nature, a fait preuve non seulement d'une réelle habileté chirurgicale en menant à bien une opération délicate, entreprise dans des conditions peu favorables, mais aussi d'un réel courage. Il a eu une vision nette des indications thérapeutiques; il a compris où était le devoir, et il a fait ce que le devoir commandait, sans se préoccuper des inconvénients que pouvait en offrir l'accomplissement. Nous l'en félicitons d'autant plus volontiers qu'il affirme que c'est aux enseignements des chirurgiens de Paris qu'il doit d'avoir compris ce que la situation commandait à sa conscience de chirurgien.

Messieurs, comme conclusion à mon rapport, je vous propose de déposer dans nos archives la communication du Dr J. Matsoukis et d'adresser nos félicitations à notre confrère de Constantinople.

Sur une observation d'appendicite, par M. le professeur Gilis.

Rapport de M. POIRIER.

Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation intéressante d'appendicite qui a été adressée à la Société de chirurgie par le Dr Gilis, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier et chirurgien de mérite. L'observation peut être résumée en quelques lignes. Le Dr Gilis, appelé en consultation auprès d'un jeune homme de vingt ans, présentant, depuis trois jours tous les symptômes d'une appendicite aiguë (T. 39°5, pouls 112), conseille alors de pratiquer immédiatement l'opération. Celle-ci fut conduite par les procédés ordinaires : le chirurgien pénétra d'emblée dans la cavité péritonéale et reconnut les anses grêles et le cæcum, vascularisés comme au début de la péritonite; il contourna le côté externe du cæcum pour atteindre l'appendice placé en arrière de celui-ci; en détruisant les adhérences qui soudaient la face postérieure du cæcum et le péritoine iliaque, il ouvrit une collection d'un pus grisâtre, sanieux, très fétide. Le Dr Gilis ne crut pas devoir poursuivre « la libération et l'extirpation de l'appendice en un foyer aussi septique, par crainte d'infecter la grande cavité péritonéale »; il plaça un gros drain et des compresses derrière le cæcum et réunit partiellement la plaie.

Ce qui était à prévoir arriva : le soulagement fut immédiat, la température tomba en quelques jours à la normale; mais la plaie demeura fistuleuse pendant assez longtemps; l'opération avait été pratiquée le 14 mai 1899; le malade se leva pour la première fois le 22 juin et quitta l'hôpital le 10 juillet « conservant encore dans le trajet du drain une mèche de gaze ». La plaie ne se ferma complètement que le 16 août, soit trois mois environ après l'opération.

Le 4 septembre de la même année, le jeune homme fut pris d'un violent frisson et ressentit une douleur subite dans la fosse iliaque droite; la température s'éleva à 39 degrés; le lendemain, des vomissements survinrent; la température monta à 40 degrés, et l'albumine reparut dans les urines comme lors de la première attaque. Une incision très superficielle pratiquée le troisième jour sur la cicatrice donna issue à une collection de pus très odorant développé autour de l'appendice laissé en place lors de la première opération. Le soulagement fut encore immédiat, et l'abcès ayant été drainé se ferma vers le 2 novembre.

A peine était-il fermé qu'une deuxième récidive survint avec le

même cortège de symptômes aigus et alarmants. Cette fois, l'abcès s'ouvrit spontanément, la crise fut de courte durée.

Une troisième récidive, en tout semblable aux précédentes, survint le 22 mars 1900, et se termina encore par l'ouverture spontanée de l'abcès au niveau de la cicatrice. Un mois après, le 29 avril, le Dr Gilis procéda enfin à la résection de l'appendice pendant une accalmie; il sut dégager avec habileté, sculpter, pour ainsi dire, l'appendice enfoui et caché au milieu d'adhérences; cet appendice avait 6 centimètres de long et était renflé en ampoule à son extrémité libre. Un drain fut laissé en place pendant vingt-quatre heures. Les suites furent aussi simples que possible, et le malade paraissait complètement guéri le 16 mai, quand survint, un mois après, un petit abcès au niveau de la cicatrice, et une fistule stercorale qui, d'ailleurs, guérit rapidement et d'elle-même. Le malade fut complètement guéri en décembre 1901, soit dix-huit mois après le début de l'affection. Notre collègue a fait suivre son observation d'une série de réflexions fort judicieuses, au cours desquelles il fait la critique de son intervention. Je lui laisse la parole sur ce sujet.

« Après avoir réfléchi sur tout ce qui avait été dit à la Société de Chirurgie, et sur ce que j'avais vu moi-même, j'estimais à ce moment (et mon opinion n'a fait que se confirmer depuis) que l'appendicite *aiguë* devait être opérée sans retard, quand le diagnostic était établi. N'est-il pas, en effet, plus prudent d'inciser la paroi abdominale et d'ouvrir une porte de sortie à un phlegmon très septique que de le laisser évoluer en cavité péritonéale, abandonné aux hasards d'un cloisonnement toujours quelque peu incertain?

« Devant la gravité du cas qui me fut soumis, j'opérai à la cinquantième heure.

« Quoique incomplète, mon opération a sauvé le malade, ou, tout au moins, lui a été fort utile : elle a mis fin à une crise aiguë fort grave, et elle a rendu les récidives moins dangereuses, car, chaque fois le pus a trouvé dans le trajet créé par l'opération une voie toute préparée vers l'extérieur.

« Aurais-je dû rechercher et enlever l'appendice dans la première intervention? peut-être; aujourd'hui j'en poursuivrais l'extirpation avec un peu plus d'insistance. Il faut cependant savoir s'arrêter à temps, et se souvenir qu'une telle tentative faite en foyer septique, au voisinage d'un cæcum à parois plus ou moins altérées, fait courir plus de danger au malade qu'une seconde intervention faite plus tard, à froid.

« Celle-ci était nettement indiquée après la première récidive; il n'a pas dépendu de moi qu'elle ne fût exécutee. »

On ne saurait mieux dire, et les conclusions du chirurgien de Montpellier sont, je crois de nature à plaire à bon nombre d'entre vous, à la majorité sans doute.

Cependant, son rapporteur et ami ne peut leur donner une approbation sans réserve. Je pense en effet et j'ai eu l'occasion de le dire et de le répéter souvent ici, « que non seulement l'appendicite aiguë doit être opérée d'*urgence*, mais encore qu'il faut, au cours de l'opération, rechercher et réséquer l'appendice, ce qui est presque toujours possible sans être arrêté par la crainte chimérique d'infecter la grande séreuse péritonéale. Chaque année, depuis trois ans, je vous ai communiqué notre statistique d'opérations d'appendicites, conduite d'après ces principes. Dans quelques jours je vous communiquerai la statistique de l'année qui vient de finir : elle confirme les conclusions de celles des années précédentes.

Je conclus au dépôt dans nos archives de la très intéressante observation du professeur Gilis et à l'inscription de son auteur aux premiers rangs des candidats au titre de membre correspondant de notre société.

Communications.

Des résultats éloignés de l'extirpation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale, chez la femme,

par M. QUÉNU.

J'ai insisté à plusieurs reprises sur les résultats favorables immédiats obtenus chez la femme dans l'extirpation du cancer du rectum par voie abdomino-périnéale. J'ai personnellement rapporté sept observations dont une seule s'est terminée par la mort, et encore il s'agissait d'une femme (1) débilitée par des hémorragies rectales répétées et que je n'aurais pas dû opérer.

Les opérations anologues publiées par Jonnesco, de Bucharest, Jeannel, de Toulouse, et présentées à notre Société par M. Rieffel et par M. Riche, viennent confirmer ce que j'ai avancé, mais la question n'est pas seulement de savoir si on peut extirper un cancer haut situé et obtenir une guérison opératoire. Offre-t-on à ces opérées des chances, sinon de cure radicale, du moins de survie prolongée qui justifient l'intervention et une de ses conséquences, la création d'un anus iliaque définitif?

J'apporte aujourd'hui, je pense, une réponse satisfaisante à ces questions.

(1) Malade adressée par notre collègue Tapret.

Sur les six malades guéries opératoirement, la première opérée en deux temps et par une technique différente, présenta de la récidive dans le foie peu de temps après l'opération et mourut quelques mois après. La récidive dans le foie fut tellement prompte, que je suis autorisé à croire à l'existence de noyaux préexistants à l'opération.

Aucune des cinq autres opérées n'a jusqu'ici présenté de récidive.

J'ai pu obtenir des renseignements sur chacune d'elles.

La première (cinquante-trois ans), qui nous avait été adressée par M. Bouilly, a été opérée le 14 mai 1897. La pièce est figurée planche XIV du tome II de notre livre.

La seconde (soixante-trois ans) a été opérée avec l'assistance de notre ami Nélaton, le 28 juin 1898. La pièce est figurée dans la planche XVIII.

La troisième (quarante-huit ans), nous avait été adressée par notre collègue Lejars. La planche XVII montre les énormes masses ganglionnaires qui refoulaient le rectum d'arrière en avant; son opération remonte au 14 octobre 1898.

La quatrième (cinquante-trois ans) adressée par Nélaton, a été opérée le 19 juin 1899.

L'opération de la cinquième (quarante et un ans) ne remonte qu'au 8 janvier 1901.

Je vais reprendre les suites opératoires en sens inverse.

La dernière opérée (1) est celle dont les suites ont été le moins satisfaisantes. Elle se plaint de quelques troubles vésicaux, d'un peu d'incontinence vésicale, et de quelques douleurs dans le ventre. L'anus iliaque fonctionne bien ; le toucher vaginal pratiqué fin de juin 1902 n'a révélé aucune récidive dans la concavité sacrée.

La quatrième malade, opérée depuis trois ans, éprouve des douleurs abdominales qui paraissent dues à un fonctionnement parfois anormal de l'anus contre nature. Notre confrère de Clamecy, le Dr Rœllinger, qui m'a envoyé ces renseignements, a bien voulu, sur ma demande, examiner la malade; il a pratiqué le toucher vaginal et n'a rien trouvé d'anormal.

La troisième malade (pl. XVII) est rentrée dans mon service cette année même avec une hémiplégie droite et de l'aphasie. Elle est restée quelques semaines en observation, puis elle a succombé brusquement à une attaque d'apoplexie, le 16 février 1902, soit trois ans et quatre mois après son opération. L'anus iliaque a bien fonctionné. La malade a seulement présenté, l'année qui a suivi

(1) Malade amenée plus de quinze mois après le début des accidents.

son opération, une sorte de hernie périnéale pour laquelle j'ai fait une opération autoplastique.

L'autopsie de cette ancienne opérée a été minutieusement pratiquée par mon interne, et je crois devoir la transcrire ici.

« A l'ouverture de la cavité abdominale, les anses intestinales se présentent avec un aspect normal, lisses et sans adhérences. Le cæcum et le gros intestin présentent un calibre inférieur à la normale. La partie inférieure du côlon descendant, qui est abouchée à la peau, est libre d'adhérences. L'utérus est en antéflexion; la paroi antérieure du sacrum paraît tapissée par le péritoine, le cul-de-sac sacro-utérin renferme l'anse grêle qui vient s'aboucher au cæcum; cette anse adhère au fond du cul-de-sac; malgré les recherches les plus minutieuses, il n'est pas possible de percevoir le moindre ganglion gros ou dur, soit dans la concavité sacrée, soit sur les côtés de l'excavation. L'examen du mésentère est également négatif, de même que l'examen des chaînes ganglionnaires échelonnées le long des vaisseaux iliaques et de la veine cave. Rien de spécial du côté des poumons. Hypertrophie du ventricule gauche. Dépôts calcaires sur les valvules sigmoïdes, reins congestionnés; rate normale, ainsi que le foie.

« L'encéphale présente une hémorragie qui occupe les ventricules latéraux et qui s'étend jusqu'au 4e ventricule. A la coupe du lobe gauche, on constate les traces jaunâtres d'une hémorragie plus ancienne située au niveau de la capsule interne. »

La seconde malade, opérée depuis quatre ans, m'a fait adresser les renseignements suivants par un de ses fils : « Depuis que vous l'avez opérée, elle s'est toujours bien portée; elle n'a pas eu à changer son ordinaire et mange de tout; les fonctions naturelles se font bien, elle n'a jamais souffert de coliques. Par l'orifice de l'anus contre nature, l'intestin sort de quelques centimètres, mais je crois que cela provient de ce qu'elle n'a jamais pu s'habituer à porter ses appareils, qu'elle remplace par un tampon de coton hydrophile. »

La première, enfin, opérée depuis quatre ans et un mois, écrit à ma surveillante : « Vous pouvez dire à M. Quénu que ma santé est superbe, que je suis on ne peut mieux; je marche beaucoup et monte sur les impériales d'omnibus sans que cela me gêne. Je ne souffre nullement de mon opération. »

En résumé, sur six opérations pour cancers très étendus, non récents, haut situés, avec adénopahie, je compte une récidive immédiate et cinq survies, dont deux de quatre ans, une de trois ans et quatre mois, une de trois ans et une de dix-huit mois.

Chez aucune de ces opérées on ne constate de récidive. En supposant que les douleurs de la dernière opérée fassent craindre un

retour du mal, il me reste quatre observations de survie véritablement appréciable. J'ai le droit, en effet, de compter à l'actif de l'opération, l'observation de la malade qui a succombé à une hémorragie cérébrale et dont l'autopsie a démontré l'intégrité ganglionnaire de tout le petit bassin.

Ces résultats éloignés plaident incontestablement en faveur de l'opération abdomino-périnéale chez la femme. Il est certain que les opérations sur le rectum faites à temps comptent parmi celles qui donnent les meilleurs résultats éloignés; il est désirable que les médecins se pénètrent de cette vérité, ils y sont demeurés réfractaires jusqu'ici, car je suis étonné du nombre de malades qu'il m'a été donné d'observer, et qui, vus de bonne heure par des médecins, ou bien n'ont pas été examinés localement, ou bien, avec un diagnostic exact, n'ont pas été, d'emblée, dirigés vers la chirurgie.

Gastrostomie par le procédé de la torsion de Souligoux,

par M. Ed. SCHWARTZ.

Toutes les fois que j'ai eu l'occasion de prendre la parole à l'occasion de la gastrostomie et des nombreux procédés qui nous étaient présentés, j'ai toujours défendu le procédé simple, rapide et excellent prôné ici par mes collègues Monod, Routier, etc., et qui consiste, après avoir fixé l'estomac, à y faire le plus petit orifice possible sans suture de la muqueuse à la peau. Ce procédé est en effet très bon, il donne de très bons résultats quant à la continence de la bouche stomacale; je puis dire que jamais je n'ai observé chez les nombreux malades que j'ai opérés de la sorte le moindre rejet de matières alimentaires; j'observe encore en ce moment une petite fille de douze ans que j'ai gastrostomisée il y a sept ans pour un rétrécissement infranchissable après ingestion d'un liquide caustique. La bouche stomacale fonctionne à merveille et rien ne s'échappe jamais de l'estomac.

Toutefois ce procédé à un petit inconvénient; j'ai eu l'occasion de le signaler ici. C'est le rétrécissement rapide de l'orifice pouvant aller jusqu'à l'occlusion, lorsqu'on ne pratique pas régulièrement le cathétérisme ou lorsque le patient avalant plus facilement sous l'influence de la cessation du spasme que détermine assez souvent la gastrostomie et même la gastropexie, néglige de se passer la sonde. C'est ce qui est arrivé à un de nos opérés; opéré de gastrostomie, il avala assez facilement une fois sorti de notre service, pour négliger de se sonder malgré l'expresse recommanda-

tion que nous lui avions faite; il revint au bout de quelques jours avec une dysphagie absolue et une occlusion complète de sa fistule stomacale dont j'ai ici même raconté les suites. Chez la petite fille que je vous citais tout à l'heure, la mère est obligée de temps en temps de pratiquer un peu de dilatation à l'aide de bougies olivaires pour entretenir la perméabilité facile du petit orifice stomacal. C'est pourquoi, séduit par les bons résultats et la technique simple de l'opération qui nous fut ici décrite par notre collègue Reynier, rapporteur du travail de notre confrère Souligoux, je me suis promis de l'employer à la première occasion.

C'est ce que je fis le 6 mai 1902 sur un homme de soixante-quinze ans déjà profondément cachectique, qui me fut amené à l'hôpital Cochin pour un rétrécissement de l'œsophage dont le début remontait à six mois environ. Il s'agissait nettement d'un épithélioma siégeant au niveau de la 4e dorsale et obstruant complètement le conduit; les liquides, dans ces derniers temps, ne passaient que d'une façon très irrégulière; aussi le malade est-il d'une maigreur squelettique.

Opération le 10 mai après quelques injections massives sous-cutanées de sérum artificiel, pour remonter la tension artérielle; chloroformisation facile. Incision classique le long du rebord des fausses côtes à gauche. On trouve facilement l'estomac qui a le volume d'un côlon transverse peu dilaté. Il est attiré dans la plaie et saisi avec une pince de Kocher, en ayant soin de prendre dans la pince muqueuse et musculeuse. Torsion de 90 degrés du cône gastrique, sutures à la soie du pli ainsi formé. 2° torsion de 180 degrés environ, nouvelles sutures pour la maintenir. Sutures de l'estomac au péritoine pariétal et à l'aponévrose profonde en U d'après Terrier. Cela fait, ouverture du cône gastrique. Il est difficile de repérer la muqueuse et de bien l'inciser; c'est le seul temps un peu délicat : sutures à la soie fine de la muqueuse aux téguments; après réunion des muscles et aponévroses au catgut, sutures de la peau au crin de Florence.

Notre opéré se remonte le premier jour; il est nourri au bout de vingt-quatre heures avec une sonde n° 16 qui est enlevée chaque fois, après avoir reçu encore du sérum artificiel et des lavements nutritifs. La bouche fonctionne bien les huit à dix premiers jours, elle est étanche; mais à partir de ce moment, malgré tout ce qui est mis en œuvre, la cachexie s'accentue, les bords de la plaie cutanée se désunissent et l'opéré succombe le 17e jour après l'opération dans le marasme. A l'autopsie aucune infection abdominale, mais désunion des sutures de la peau et fusée purulente dans la gaine du grand droit due sans doute à une infection venue de la surface.

Peu de temps après, un nouveau cas se présentait. Il s'agissait d'un homme de cinquante ans, éthylique, qui depuis quelques années souffre de troubles gastriques qui se sont atténués sous l'influence du régime lacté. C'est depuis le 6 mai 1901, soit un an passé, que le malade éprouve les premières difficultés pour avaler; puis s'installent tous les signes cliniques du rétrécissement de l'œsophage, il a maigri de 40 livres. L'examen permet de localiser la lésion néoplasique à 18 centimètres du cartilage cricoïde. L'état général est mieux conservé que chez le précédent, quoique précaire aussi.

Je prie notre collègue Souligoux de pratiquer la gastrostomie de façon à me rendre compte si j'ai bien suivi sa technique. Celle-ci est faite le 11 juin 1902. Je n'y insiste pas; c'est le procédé qui a été décrit ici dans le rapport de notre collègue Reynier et que j'ai suivi point par point.

J'ai été frappé, comme dans le premier cas, de la difficulté à trouver et à inciser la muqueuse pour pénétrer dans la cavité stomacale. C'est bien là le temps délicat, sinon difficile, et cela est d'ailleurs vrai pour tous les procédés, avec plus de facilité toutefois dans celui que j'ai suivi jusqu'ici. La recherche de l'estomac a été rendue un peu pénible par suite d'adhérences du lobe gauche du foie à la paroi.

Le malade fut tenu à la diète quarante-huit heures, on lui donna des lavements de sérum et deux lavements nutritifs; à partir du troisième jour on commença à l'alimenter. Sa bouche a été constamment étanche; ce n'est que lorsqu'on ne prend pas la précaution d'exprimer la sonde à mesure qu'on la retire qu'un peu de liquide sourd par la fistule.

Vous pouvez voir que, lorsque le malade, que je vais vous présenter, tousse, il se fait comme une petite hernie en boule de la muqueuse qui obstrue parfaitement l'orifice. J'ai injecté un demi-litre de lait dans l'estomac; malgré la toux il n'en sort pas une goutte.

Je crois donc le procédé par torsion de Souligoux très bon dans tous les cas où l'on pourra établir une fistule permanente, malgré l'inconvénient que je signalais tout à l'heure; je resterai fidèle à celui que j'ai employé jusqu'ici, surtout toutes les fois qu'il pourra s'agir d'établir une fistule peut-être temporaire (lésions cicatricielles de l'œsophage avec rétrécissement), je le trouve tellement simple, efficace et rapide que ces trois qualités sont bien faites pour qu'on lui reste fidèle en faisant la réserve indiquée plus haut.

M. Guinard. — Si je prends la parole sur ce sujet, c'est que,

depuis la communication de M. Souligoux, j'ai pratiqué six fois la gastrostomie par torsion. Ce que je peux dire, c'est que je n'ai jamais rencontré cette difficulté dont parle M. Schwartz, de pénétrer dans l'estomac. Je pense que cela tient au soin avec lequel je prends avec la pince de Kocher toutes les tuniques de l'estomac, de façon à tordre la muqueuse en même temps que les autres tuniques. De cette façon, la muqueuse est ouverte du premier coup de bistouri.

Je ne parle pas des résultats qui, avec n'importe quel procédé, seront toujours désastreux ; sur mes six opérés, deux sont morts d'hémorragie foudroyante au bout de quelques jours, probablement par ulcération d'un gros vaisseau du médiastin. Deux autres sont morts dans le mois par cachexie progressive. Enfin deux seulement vivent encore. Mais ce que je puis dire, c'est qu'au point de vue opératoire, la continence a toujours été parfaite, et je n'ai pas eu la moindre rougeur autour de la plaie, que je me borne à recouvrir de carbonate de magnésie stérilisée. J'ai pourtant vu, comme M. Schwartz, qu'au moment où on retire la sonde, il s'écoule quelques gouttes de liquide contenues dans la sonde ; on évite ce petit inconvénient en pinçant fortement la sonde avant de la retirer, comme on le fait pour le cathétérisme de l'urètre. Je reconnais que, lorsque les malades sont livrés à leur entourage, cette précaution peut n'être pas très bien prise. Cependant chez mes deux malades survivants, qui habitent la campagne depuis trois mois, aucune rougeur ne s'est produite.

Je considère, en somme, ce procédé comme excellent, sans dire pour cela que les autres sont mauvais.

M. Monod. — Il me paraît difficile d'admettre que chez le malade de M. Schwartz ces rougeurs soient dues uniquement à l'écoulement de quelques gouttes de lait, lors des séances d'alimentation. Le suc gastrique peut seul attaquer ainsi la peau. Il me parait donc que la bouche stomacale n'est pas ici absolument continente.

Le seul malade que j'aie pu suivre depuis longtemps, car il est actuellement à Brévannes, est tout à fait continent. Il a seulement un peu de rétraction cicatricielle de l'orifice stomacal, ce qui oblige à le dilater de temps en temps ; mais ce petit inconvénient est négligeable en regard de l'importance extrême de la continence. C'est pourquoi je resterai fidèle à l'ancien procédé qui, à ce point de vue, donne toute sécurité.

M. Reynier. — Le procédé de Fontan ne m'a pas donné d'incontinence, mais j'ai été frappé à plusieurs reprises des rétrécisse-

ments de la bouche stomacale et de la difficulté que j'avais à introduire la sonde : des malades ont été obligés de recourir de nouveau à mes soins pour se faire dilater.

C'est pourquoi quand il faut alimenter longtemps le malade, le procédé de Souligoux est plus recommandable et la bouche est parfaitement continente.

Quant à l'ennui de voir là un gastrique souiller les bords de la plaie, on peut y obvier en recommandant au malade de la laver et de la saupoudrer de bicarbonate de soude.

Je n'ai jamais observé de rougeur chez mes malades.

M. Poirier. — Les remarques de M. Schwartz vérifient les critiques que j'avais faites au procédé *par torsion*, quand M. Reynier nous l'a présenté comme incomparablement supérieur à tous les autres. Je les répète : difficulté plus grande de saisir toutes les tuniques de l'estomac; nécessité d'ouvrir cet estomac sur une plus grande étendue, et pas plus de continence qu'avec l'ancien procédé; donc pas de supériorité et plus de difficultés.

M. Schwartz. — Je répondrai à M. Guinard que je suis sûr d'avoir cherché à prendre et d'avoir pris toutes les tuniques de l'estomac. Du reste M. Souligoux, l'inventeur du procédé, a eu les mêmes difficultés. Cela prouve que ce temps-là est délicat, sinon difficile.

Quant à la rougeur, elle est évidemment assez légère, mais je n'y étais pas habitué avec l'ancien procédé.

Pour me résumer, je dirai que le procédé de Souligoux est un bon procédé parce qu'il donne la continence et qu'il assure la permanence de la fistule; mais je resterai probablement fidèle au procédé ancien, parce qu'il est plus simple et aussi bon.

Présentation de malades.

M. Fasquelle. — Sur un cas de compression de l'artère et de la veine axillaires du membre supérieur gauche. — *Renvoyé à une Commission*, M. Walther, rapporteur.

Traitement du pied bot congénital. — Résultats éloignés de la tarsectomie économique dans le traitement du pied bot varus équin grave des enfants.

M. JALAGUIER. — Les trois enfants que je vous présente ont été opérés par moi, l'un il y a sept ans, l'autre il y a cinq ans, le troisième il y a quatre ans. Vous pouvez constater que, pour tous les trois, le résultat opératoire s'est maintenu, bien qu'ils n'aient été soumis au port d'aucun appareil.

Le premier, Pierre M..., âgé aujourd'hui de onze ans a subi, il y a sept ans, à l'hôpital Trousseau, la ténotomie du tendon d'Achille et l'ablation de la tête de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum, suivant la technique que j'ai exposée au Congrès de chirurgie de 1896 (1). Le résultat fonctionnel est excellent, et la forme du pied est à peine altérée.

Le second, Henri M..., frère du précédent, âgé de sept ans, a été opéré à l'hôpital Trousseau, il y a cinq ans, de la même manière. Le résultat a été bon, cependant la correction de l'équinisme était imparfaite, car la poulie astragalienne ne pouvait réintégrer la mortaise tibio-péronière. Aussi, ai-je dû, il y a dix-huit mois, pratiquer l'extirpation de l'astragale des deux côtés. Le pied est à angle droit; le seul inconvénient est que l'articulation tibio-tarsienne est un peu raide, surtout du côté droit. Néanmoins l'enfant marche très bien. Aujourd'hui j'extirpe sans hésiter l'astragale, lorsque cet os, élargi, a perdu droit de domicile dans la mortaise. C'est le seul moyen de triompher de l'équinisme grave qui persiste après la section du tendon d'Achille Mais cette indication se présente rarement chez les enfants.

Voici enfin une fillette, Marie D..., âgée de cinq ans. Je l'ai opérée aux Enfants-Assistés en mars 1898.

La correction du varus et de l'équinisme fut obtenue, mais comme il existait une torsion spiroïde des tibias, la marche était très disgracieuse. Aussi mon élève F. Monod (2) qui a publié dans sa thèse la première partie de l'observation de Marie D... (Obs. XI, p. 95), a-t-il pu dire avec raison que le résultat n'était que *passable*. Pour corriger cette torsion spiroïde, j'ai pratiqué le 3 mai 1901, l'ostéotomie linéaire des tibias. La partie inférieure des os a été détordue de dedans en dehors, d'environ 45 degrés, et vous pouvez constater qu'aujourd'hui le résultat de passable est devenu très

(1) *Congrès français de Chirurgie*, t. X, p. 128, Paris, 1896.

(2) Fernand Monod. *Traitement chirurgical du pied bot varus équin congénital chez l'enfant.* Paris. Masson 1901.

bon. Il serait parfait si j'avais détordu les tibias de 50 degrés ou 55 degrés, au lieu de 45 degrés.

M. Gérard Marchant présente la malade dont il a donné l'observation et qu'il a opérée d'un kyste hydatique du rein droit, qu'il a de plus fixé. La cicatrice est parfaite; et on sent que le rein est parfaitement fixé.

M. Nélaton présente des malades auxquelles il a fait des rhinoplasties partielles.

M. Morestin présente un malade auquel il a fait une amputation inter-scapulo-thoracique pour une *tumeur blanche* de l'épaule, ancienne et multifistuleuse, avec adénopathies axillaires et sus-claviculaire, après insuccès de la résection.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Delorme qui, retenu pour affaires de service, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Président donne la parole à M. Poirier, pour la lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société de chirurgie, à la cérémonie du Centenaire de Bichat.

BICHAT, CHIRURGIEN

« Les sciences traversent les siècles en s'agrandissant des travaux de chacun d'eux. Leur sphère est immense quand elles arrivent à nous. A leur origine, ce n'est qu'un point qui se perd dans la nuit des temps.

« Les grands hommes qui les cultivent, sont des sources placées d'espace en espace dans la suite des âges, où elles puisent de quoi s'étendre et se perfectionner. La nature est avare de ces sources. Entre elles restent de grands intervalles, où l'esprit humain est comme stationnaire et qui n'offrent que des périodes vides de découvertes. »

De quel autre pourraient-elles être dites avec plus d'à-propos

que de l'immortel auteur des *Recherches sur la Vie et la Mort*, ces admirables paroles, par lesquelles Xavier Bichat commence son *Essai sur Desault*, et où l'idée élevée se développe en une si harmonieuse ordonnance?

Quelle source fut plus féconde que cet homme de génie dont l'enseignement et les travaux révolutionnèrent en quelques années les sciences biologiques et qui disparut à l'âge où les autres commencent de produire, laissant derrière lui une traînée de lumière qui éclaire encore nos travaux!

Une voix autorisée vient de vous montrer en termes magnifiques la somme et la qualité des travaux accomplis par Bichat, en un si court espace de temps, avec cette activité surhumaine, caractéristique du génie. Le rôle du représentant de la Société de chirurgie, à cette solennité où la Société d'histoire de la Médecine affirme son existence et mérite notre reconnaissance en nous conviant à célébrer en ce pieux anniversaire, un deuil et une gloire françaises, ce rôle, par fortune plus modeste, doit se borner à rappeler les services rendus par Bichat à notre art.

Pour être moins connue, si tant est qu'elle n'échappe pas complètement à quelques-uns, l'œuvre chirurgicale de Bichat n'en est pas moins grande.

Bichat commença ses études à Lyon sous Marc-Antoine Petit, chirurgien, médecin et poète; puis il vint à Paris et se mêla aussitôt à la foule des élèves qui se pressaient autour de l'illustre Desault. Bientôt il fut remarqué par le maître pour les qualités de netteté et de précision qu'il apportait dans la prise et la rédaction des observations : ce furent les premières manifestations de sa belle intelligence. Desault, bon connaisseur, eut vite fait de juger l'homme : ayant reconnu et admiré en lui les qualités qui manquaient à sa nature et à son tempérament de chirurgien surtout agissant, il se l'attacha, le reçut dans sa maison et le traita comme un fils. Devenu l'élève de prédilection de ce maître, alors à l'apogée de sa gloire, Bichat se donna tout entier à la chirurgie. « Outre le service de chirurgien externe qu'il faisait à l'hôpital, il était chargé de visiter tous les jours au dehors une partie des malades de Desault, de l'accompagner partout dans ses opérations, de répondre par écrit à un grand nombre de consultations envoyées des départements, etc., etc. »

Aux côtés du maître avec lequel il travaillait encore le soir à la rédaction de mémoires chirurgicaux, Bichat acquit vite une grande expérience : et lorsque Desault mourut subitement, l'élève poursuivit et termina seul la publication des œuvres du maître.

Desault agissait, Bichat pensait et écrivait. Toute l'œuvre de Desault est écrite de la main de Bichat qui remplissait, comme il

le dit « la fonction attirante auprès d'un grand homme, repoussante auprès de tout autre, de rendre ses idées »; les *Œuvres chirurgicales*, comme les *Maladies des voies urinaires*, ont été rédigées par Bichat sur les observations du maître après la mort de celui-ci.

Desault mort, Bichat continua seul la route, suivant la direction qui lui avait été imprimée et « parcourut les divers points de la chirurgie, montrant par les observations dont il les éclaira que s'il eût poursuivi cette carrière il n'eût pas manqué de s'y illustrer (1) ».

Nous avons de lui plusieurs mémoires de chirurgie, publiés dans le 2e volume des *Mémoires de la Société médicale d'émulation*:

A. — Un travail sur *La fracture de l'extrémité scapulaire de la clavicule*, dans lequel il démontre l'inutilité du bandage compliqué de Desault.

B. — *La description d'un procédé nouveau pour la ligature des polypes.*

C. — *La description d'un nouveau trépan* : l'instrument de Bichat simplifie le procédé opératoire en dispensant de démonter à plusieurs reprises le trépan.

Je n'en finirais pas d'énumérer s'il me fallait détacher les conceptions originales relatives à la chirurgie qui terminent chacun des chapitres de son anatomie descriptive.

Le clair cerveau de Bichat actionnait une main d'une habileté remarquable : ses leçons de médecine opératoire étaient des plus suivies.

Dans ses travaux sur la chirurgie comme dans ses œuvres anatomiques, venues postérieurement, Bichat apporte la même méthode, la même précision, la même clarté, allant toujours droit au but, par le plus court chemin. Aussi, la lecture de ses travaux chirurgicaux est-elle attachante, entraînante, passionnante.

Ecoutez la critique qu'il fait des livres d'érudition et de compilation « où le nombre des mots cache le vide des choses » :

« Cherchez-vous dans nos modernes un point de pratique; n'espérez pas le trouver sans avoir péniblement parcouru dix pages de ce qu'on ne fait plus, pour arriver à dix lignes de ce qu'on doit faire. »

Pour lui, « il suffit d'ajouter à ce qui est écrit ce qui ne l'est pas encore ».

Bichat ne fut pas seulement chirurgien, il fut encore, pour ainsi dire, le créateur de l'anatomie chirurgicale. Dans son *Discours préliminaire du traité d'anatomie descriptive*, il la définit :

(1) Dezeimeris. *Dictionnaire historique de la médecine.*

« c'est des rapports des organes les uns avec les autres, que se compose spécialement l'anatomie chirurgicale; tout y est presque donné aux attributs de fonction, de figure, de grandeur, de direction... Le chirurgien, dans la connaissance de nos parties, cherche avant tout un guide à l'instrument qui doit les diviser... L'exposé de ces rapports est constamment conservé dans mes descriptions, il constitue vraiment l'anatomie chirurgicale. » Et chacun des chapitres de l'anatomie descriptive est suivi de considérations appliquées à la pathologie, tant médicale que chirurgicale.

C'est ainsi que Bichat montra la voie aux auteurs qui, depuis, comme Blandin, Velpeau, Malgaigne, Richet, Tillaux, portèrent à un si haut degré d'illustration cette branche, très française, de l'anatomie humaine.

Aussi bien, même dans son anatomie générale, Bichat se « refuse à séparer l'anatomie de la médecine et de la chirurgie ». La base de mon plan, écrit-il, est anatomique, mais les détails qu'il embrasse appartiennent aussi à la médecine et à la physiologie.

Et lorsqu'il étudie, avec son ordinaire précision, les propriétés des corps vivants, après avoir analysé ces propriétés dans leur état naturel, il s'attache à démontrer : « que tout phénomène pathologique dérive de leur augmentation, de leur diminution ou de leur altération... »

Bichat ne fut donc point un anatomiste de carrière, il fut seulement un anatomiste de génie.

Son mérite fut de réunir, dans les leçons qu'il faisait au Grand hospice d'Humanité, ci-devant Hôtel-Dieu, l'anatomie, la physiologie, la médecine opératoire et la chirurgie, et de donner par là, à son enseignement, cette unité qui consiste à montrer les rapports intimes, dépendants des parties les plus importantes de la médecine.

C'est pourquoi Bichat, qui ne fut point docteur, appartient bien à notre grande Faculté : par son clair génie, il fut et demeure le flambeau qui guide notre science dans sa marche héroïque et glorieuse, *pour la vie*, *contre la mort*.

Rapports.

Sur un kyste hydatique du rein droit,
par M. Pluyette (de Marseille).

Rapport de M. TERRIER.

Messieurs, au nom de M. Pluyette (de Marseille), je vous présente une observation de *kyste hydatique du rein droit*, traité par la néphrectomie et avec succès. Il existait, en outre, de la lithiase biliaire qui nécessita une cholécystotomie.

Voici le résumé de cette observation :

Mme J. V..., quarante-quatre ans, entre le 23 février 1902 dans le service hospitalier du Dr E. Pluyette.

Réglée à quinze ans, mariée à vingt, elle eut six enfants dont trois encore vivants.

En septembre 1900, la malade s'aperçut que son ventre grossissait ; gêne due à cette tuméfaction, pas de douleurs.

La tumeur occupant le flanc et l'hypocondre droit, était arrondie, rénitente ; matité à la percussion en avant et en arrière de la tumeur. Mobilité relative, la délimitation avec le foie est très peu nette.

Rien du côté des urines. Utérus normal.

On diagnostique, soit une hydronéphrose, soit un kyste hydatique du rein. Pas de ponction exploratrice.

Opération le 3 mars 1902 ; on anesthésie la malade avec le chloroforme.

Laparotomie latérale, sur le bord externe du muscle grand droit, à droite.

« On tombe sur une tumeur assez adhérente dont les parois sont, sur certains points, cartilagineuses ; tout d'abord, ces adhérences se laissent facilement décoller, mais elles deviennent très résistantes dans la profondeur. Ne pouvant énucléer la tumeur en totalité on la ponctionne, et l'apparition d'un liquide, clair comme de l'eau de roche, éclaire aussitôt le diagnostic. Le kyste vidé de ses vésicules, le décollement devient plus aisé et l'on arrive sur la base — de la tumeur — formée par le rein atrophié qui se mobilise avec le kyste ; le point de départ — de la tumeur — est le pôle inférieur du rein. »

Le seul parti à prendre, dit l'auteur, est la néphrectomie : on lie les vaisseaux et l'uretère, et le rein est enlevé avec la paroi du kyste.

Le contenu du kyste est évalué — approximativement — à 4 ou 5 litres de liquide.

C'est alors qu'à la face inférieure du foie on s'aperçoit en palpant la vésicule de l'existence de nombreux calculs. M. Pluyette incise la vésicule et en extrait 140 petits calculs, puis il referme la vésicule par une suture séreuse de sa paroi, ce qui me semble assez insuffisant.

Quoi qu'il en soit, le ventre est fermé par deux plans de sutures : péritoine et musculo-aponévrose au catgut ; peau, au crin de Florence.

Les résultats furent très simples : température du soir de l'opération, 38°5. Les jours suivants, 37°5 le matin, et aux environs de 38 degrés le soir ; 850 grammes d'urine le deuxième jour de l'opération. Apparition des règles le troisième jour.

Au douzième jour on enlève les fils.

La malade est gardée jusqu'au 3 avril et sort très bien guérie. Elle est revue le 15 juin, dans un excellent état.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques remarques sur la thérapeutique des kystes hydatiques du rein, soit :

1° La *néphrostomie* ;

2° La *néphrectomie* ;

3° La *méthode de Pierre Delbet.*

Il omet : l'ablation du kyste (Ch. Monod) et la résection du rein, procédé qui a été peu étudié et que nous avons récemment mis en pratique avec succès en le combinant à la suture du rein.

Dans l'espèce, M. le Dr Pluyette adopta la voie antérieure ou transpéritonéale, à cause du volume considérable de la tumeur, et parce qu'il n'était pas absolument sûr de son diagnostic, ce en quoi il eut assez raison.

Quant au capitonnage du kyste, selon la méthode de P. Delbet, il ne le tenta pas, vu la dégénérescence et l'épaisseur de ses parois ; de plus, l'état du rein, très atrophié et un peu mobile, le conduisit d'une façon très logique à pratiquer l'ablation du kyste et du rein. Le résultat fut bon, il est à regretter que l'on n'ait pas plus de détails sur la sécrétion du rein du côté opposé, non seulement après l'opération, mais même après la guérison de la malade ; c'est toujours un point intéressant à noter.

Notons aussi l'absence de tout détail sur les précautions prises pour éviter l'ensemencement de la plaie opératoire par les microzoaires, d'après les remarques de M. le Dr Devé fils, question d'une importance capitale pour les chirurgiens au courant de ces nouvelles recherches, sur la valeur desquelles je n'ai pas besoin d'insister ici.

Enfin, le second point sur lequel insiste l'auteur est l'intervention sur la vésicule. Fallait-il se contenter de la néphrectomie, remettant à plus tard l'ouverture de la vésicule ? C'eût été peut-

être plus prudent. M. Pluyette en a jugé autrement, il a fait une *cholécystotomie idéale*, ce qui prouve l'intégrité des parois de la vésicule ; on ne peut l'en blâmer, la cholécystotomie étant dans ces conditions une opération très bénigne et le résultat obtenu par les deux interventions étant excellent.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements au Dr Pluyette, et de déposer son observation aux archives de la Société.

Obstruction intestinale par calcul biliaire, par M. E. Lévêque, médecin de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Rapport de M. ROCHARD.

Messieurs, en moins de trois mois, M. Lévêque chargé d'un service à l'hôpital de Saint-Germain a eu l'occasion d'opérer deux malades atteintes d'obstruction intestinale par calcul biliaire. Il vous a adressé ces deux observations intéressantes par leur rareté et vous m'avez chargé de faire un rapport sur ces faits que je vais d'abord résumer devant vous.

Voici d'abord les observations telles que nous les a adressées M. Lévêque.

Obstruction intestinale par calcul biliaire. Laparotomie, entérotomie, extraction du calcul. Guérison. — Louise R..., veuve B..., âgée de soixante-dix-neuf ans, était amenée à l'hôpital le samedi, 19 *octobre* 1901, dans l'après-midi, et je la vis le soir même. Ses facultés paraissent assez affaiblies, et elle ne donne que des renseignements fort vagues sur ses antécédents et sur le début des accidents ; elle fait remonter celui-ci à une dizaine de jours.

Ce n'est que huit jours après l'opération qu'une de ses parentes a pu fournir des renseignements plus précis.

D'une excellente santé habituelle, la malade n'avait d'ordinaire qu'un peu de tendance à la constipation. Elle n'avait jamais souffert de coliques hépatiques ; cependant, trois semaines auparavant, elle avait éprouvé une douleur dans le côté droit avec irradiation vers l'épaule ; et cette douleur, après quelques jours de durée, avait complètement disparu.

Dans la matinée du lundi, 14 *octobre*, elle avait été prise brusquement d'une sorte de colique violente et de vomissements répétés. Depuis ce moment, elle n'avait eu ni selle ni émission de gaz ; les symptômes, s'aggravant sans cesse, décidèrent son entourage, au sixième jour, à la transporter à l'hôpital.

Lorsque je la vis, la malade présentait un abattement notable ; mais celui-ci n'était certainement pas aussi prononcé qu'on aurait pu le supposer chez une femme âgée, en proie à des accidents graves depuis

près d'une semaine; pouls petit à 96; hypothermie 35°5. Aucune trace d'ictère; vomissements fécaloïdes.

Le ventre, dont les parois sont très épaisses, est uniformément ballonné; douloureux spontanément et surtout à la pression, il n'offre nulle part de point particulièrement sensible ni de tuméfaction ou empâtement. L'exploration du rectum et du vagin ne révèle rien d'anormal.

Il était difficile, dans ces conditions, de déterminer le siège et la nature de l'iléus.

Étant donné l'état précaire de la malade et ne sachant quels soins elle avait reçus chez elle, je crus devoir essayer tout d'abord le traitement médical, entéroclyse, lavements électriques, etc.; et des injections sous-cutanées de sérum artificiel furent pratiquées à hautes doses pour relever les forces.

Ces divers moyens ayant échoué, je résolus de recourir à la laparotomie; et, le 21 *octobre*, je fis à la paroi abdominale l'incision classique de l'appendicite, dans le dessein de pratiquer l'entérostomie si je ne parvenais à découvrir rapidement l'obstacle par cette voie et pour réduire ainsi au minimum le choc opératoire. Je me contentai d'une simple analgésie superficielle à la cocaïne, persuadé que tout autre mode d'anesthésie eût amené un dénouement fatal pendant l'opération même.

Le péritoine ouvert, des anses grêles se présentent dans la plaie et sont retenues sous des compresses aseptiques. Une rapide exploration intra-abdominale ne permet pas de découvrir le cæcum; et déjà cette absence d'un cæcum distendu et saillant dans le voisinage nous apprend que l'obstacle siège en amont de celui-ci, c'est-à-dire sur l'intestin grêle. C'est dès lors vers ce dernier que je me hâte de poursuivre mes recherches; et je ne tarde pas, en effet, à sentir sous les doigts un corps dur, ovoïde, ayant beaucoup d'analogie avec les scybales qu'on rencontre d'ordinaire dans le gros intestin.

Ayant attiré cette masse au dehors, je constate qu'elle est bien dans une portion de l'intestin grêle et que la paroi de celui-ci est étroitement appliquée sur elle. Une masse aussi compacte et d'un tel volume arrêtée dans l'intestin grêle ne pouvait guère être autre chose qu'un très gros calcul biliaire.

A ce niveau, le calcul forme un relief des plus nets; il est retenu dans l'intestin qui est contracté sur lui; aux deux extrémités du cholélithe, mais principalement à son extrémité inférieure, on voit l'intestin se resserrer quelque peu, empêchant dans une certaine mesure le calcul de reculer et surtout d'avancer. Des anses grêles apparaissent dilatées au-dessus de ce point, tandis que d'autres situées au-dessous sont affaissées. La paroi intestinale ne présente aucune altération appréciable. Après un très court essai de mobilisation du calcul, qui paraît, d'ailleurs, assez éloigné de la valvule iléo-cæcale, je garantis le péritoine avec des compresses aseptiques et mon aide établit soigneusement la coprostase au moyen de la compression digitale en amont et en aval de l'obstacle. Cela fait, j'incise l'intestin longitudina-

lement, au niveau de son bord libre, sur le calcul; et l'extraction de celui-ci se fait aussitôt sans difficulté. Il n'y eut aucune issue de matières fécales. Après nettoyage, la brèche est immédiatement fermée à la soie par un surjet séro-muqueux, puis par deux surjets séro-séreux. Un fil passé dans le mésentère près de son insertion à l'intestin vient fixer l'anse intéressée à proximité de la plaie abominale. Je laisse une mèche et un drain et je suture la paroi abdominale à trois plans.

Suites. — Dès la fin de l'opération, la malade éprouve un grand soulagement; les vomissements ne se renouvellent plus. Injections sous-cutanées d'éther, de caféine et de sérum artificiel. Celles de sérum sont répétées plusieurs jours de suite. La première émission gazeuse n'a lieu qu'au bout de trente-six heures; et la première garde-robe, véritable débâcle, s'effectue quarante-huit heures environ après l'opération. Quelques jours après, les selles deviennent régulières, l'alimentation est bientôt reprise et augmente graduellement. Au bout de huit jours, ablation du plus grand nombre des fils cutanés; le reste est enlevé au quatorzième jour. La réunion est obtenue partout, sauf au niveau du drainage; et la plaie se ferme entièrement au cours de la cinquième semaine.

La malade, qui s'est levée au vingt-huitième jour, quitte l'hôpital le 23 *novembre* parfaitement guérie, mais conservant encore, il va sans dire, une certaine faiblesse.

Obstruction intestinale par calcul biliaire. Laparo-entérotomie, extraction du calcul. Mort par sphacèle intestinale et péritonite, par M. Lévêque, médecin en chef de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — Le *mardi, 7 janvier* 1902, entrait dans mon service M[me] F..., âgée de soixante-quatre ans, atteinte d'accidents aigus d'étranglement interne.

Aucun antécédent morbide, biliaire ou autre; ni constipation, ni douleurs abdominales antérieures.

Dans la matinée du *samedi 4 janvier*, la malade avait subitement éprouvé des vomissements et des coliques violentes s'étendant à tout l'abdomen. Malgré le traitement employé chez elle, les vomissements, d'abord alimentaires et muqueux, deviennent bilieux, *le dimanche*; ils sont fécaloïdes *le lundi*. Depuis le début des accidents, aucune selle, aucune émission de gaz.

A son entrée à l'hôpital, la malade est très déprimée, avec un pouls petit et de l'hypothermie (34°2). Aucune trace d'ictère. Vomissements fécaloïdes. Le ventre est ballonné, très douloureux à la pression, surtout au voisinage de l'ombilic; nulle part, on ne perçoit d'empâtement.

Rien dans les antécédents ne vient donc faire soupçonner la cause de l'occlusion. Instruit par l'observation précédente, encore toute récente, je pense, étant donnés l'âge et le sexe du sujet, à la possibilité d'une obstruction par calcul biliaire.

L'opération, pratiquée le 8 *janvier*, est commencée avec l'anesthésie cocaïnique; mais bientôt les douleurs deviennent intolérables, et on administre le chloroforme.

Incision de la paroi, à droite, sur le bord externe du droit. Le péri-

toine ouvert, on ne peut découvrir le cæcum, nulle part n'apparaît l'obstacle au cours des matières. Les anses grêles qui se présentent les premières ne sont pas dilatées; la dilatation porte sur d'autres anses un peu éloignées de la plaie. Exploration rapide mais infructueuse de la cavité abdominale. Je passe alors méthodiquement en revue tout l'intestin grêle, en commençant dans sa portion non distendue; j'amène successivement et sans interruption les anses au niveau de la plaie, les faisant rentrer aussitôt qu'elles sont visitées. Bientôt l'intestin ne peut plus être attiré; et, pour continuer l'exploration, je suis obligé d'introduire la main au voisinage du bassin, toujours en suivant l'intestin grêle, qui n'a pas été abandonné. Là, on sent sous les doigts un corps dur et volumineux, distendant pour ainsi dire l'intestin; et il est impossible d'éviscérer l'anse obstruée, qui est fixée en ce point. On ne peut donc se rendre compte *de visu* de l'état de sa paroi. L'entérotomie, de même que l'entérorraphie, était impraticable dans de telles conditions. Pour en rendre l'exécution possible, je tente la mobilisation du corps étranger, et je parviens à le faire avancer de 15 centimètres environ du côté de la plaie. Comme il est encore loin de la valvule iléo-cæcale, on ne peut songer à le faire glisser jusqu'à elle. D'ailleurs, si le corps étranger était mobilisable, il ne l'était qu'à la condition d'être soumis à une certaine pression : il était donc prudent de limiter son cheminement au strict nécessaire pour le rendre accessible aux instruments.

Cela fait, la cavité abdominale est protégée avec des compresses aseptiques; et je pratique sur le segment obstrué une incision de trois centimètres et demi, qui donne issue à un calcul biliaire. Celui-ci, du poids de 25 grammes (sec) et d'une hauteur de 47 millimètres, présente à peu près la forme cylindro-conique d'un obus. Il est un peu renflé à sa partie moyenne, où son diamètre mesure de 30 à 31 millimètres; conique à une de ses extrémités, aplati à l'extrémité opposée. Cette dernière, à peu près plane, servant de base au solide, représente un cercle assez régulier, de 22 à 24 millimètres de diamètre; elle forme une sorte de face articulaire, très légèrement concave, absolument lisse, indice certain de la coexistence à un moment donné d'un autre calcul à facette semblable mais très légèrement convexe. Aucun autre calcul n'est cependant senti dans les anses voisines.

La plaie intestinale est réunie par deux surjets à la soie; l'anse est rentrée et fixée par son mésentère à la paroi, à proximité de la plaie abdominale; et celle-ci est fermée par trois plans de sutures, excepté au niveau du point par lequel passent un drain et une mèche de gaze.

Suites. — Au réveil, il ne se produit pas de soulagement notable; cependant les vomissements cessent. Extrême faiblesse de la malade; injections de sérum à doses massives; 36°5. Le lendemain, la douleur semble avoir disparu; mais le pouls est fréquent et très petit, sans élévation marquée de la température (37°2-37°3). Le collapsus augmente, et la mort survient dans la nuit suivante, trente-sept heures environ après l'opération. La malade n'a eu ni garde-robe, ni émission gazeuse.

A l'autopsie, on trouve de la péritonite due à la gangrène de l'anse intéressée. Cette anse, qui fait partie de l'iléon, est grisâtre et affaissée

et présente de minuscules perforations. Un peu de sérosité brunâtre dans la cavité péritonéale. Le sphacèle ne siège pas seulement au niveau du segment primitivement obstrué, mais il s'étend aussi à la portion de l'intestin parcourue par le calcul au moment de sa mobilisation; le mésentère correspondant est également mortifié, grisâtre. Pendant sa migration, le calcul avait progressé, son extrémité conique en avant.

Plus haut, on voit la vésicule biliaire adhérente à la portion verticale du duodénum et à l'épiploon; et on trouve une fistule cystico-duodénale admettant l'extrémité de la pulpe de l'index. Les dimensions de la fistule ne sont certainement pas en rapport avec celles du calcul qui l'a franchie; depuis l'élimination de ce dernier, il s'est évidemment produit un travail de cicatrisation qui a rétréci la fistule. Celle-ci, vue du côté du duodénum, est une fente horizontale, c'est-à-dire transversale et perpendiculaire à l'axe du tube. Cet orifice duodénal, situé en arrière entre deux valvules conniventes, est bordé de deux lèvres régulières et parallèles. Lorsque la paroi intestinale est tendue transversalement, cette ouverture, devenue presque linéaire et virtuelle, s'efface par suite de l'affrontement des deux lèvres qui la limitent. Elle devient réelle, au contraire, lorsque la paroi est tendue longitudinalement, les deux lèvres à ce moment se séparant l'une de l'autre; elle affecte alors la forme d'une boutonnière dont les deux bords auraient été écartés, rappelant en cela la forme de la valvule iléale ouverte et vue du côté du cæcum. La vésicule renferme un calcul plat, mais un peu épais, discoïde, logé, comme encadré, dans une dépression circulaire comme lui. Ce cholélithe, pesant 2 gr. 75 (sec), figure assez bien une tranche sphérique, dont les deux bases ont même diamètre (16 à 19 millimètres) et dont la hauteur est de 11 millimètres; la zone représente, à sa partie moyenne, la circonférence d'un grand cercle d'un diamètre de 20 à 22 millimètres. Les bases de ce second calcul sont de véritables facettes articulaires très légèrement convexes. L'une d'elles, très unie et brun foncé, correspondait certainement, à une date rapprochée, à la base du calcul trouvé dans l'intestin, tandis que l'autre, moins bien polie et recouverte d'une mince couche sédimenteuse d'un gris clair, a dû se trouver en rapport, à une époque déjà éloignée, avec un troisième calcul évacué par les selles depuis longtemps sans doute, sans avoir donné lieu à aucun symptôme appréciable. Le tube digestif ne contenait pas d'autre calcul.

C'est donc en présence de deux cas aigus d'*ileus biliaire* que s'est trouvé M. Lévêque et l'on sait que, dans ce genre d'obstruction intestinale, la forme chronique est de beaucoup la plus fréquente.

Dans ces deux observations, nous trouvons du reste les caractères signalés dans l'occlusion par calculs biliaires et sur lesquels M. le professeur Kirmisson et moi avons insisté dans un travail paru en 1892 dans les *Archives de médecine.*

Dans les deux cas, notre confrère de Saint-Germain a eu affaire à des femmes âgées (soixante-dix-neuf et soixante-quatre ans), comme cela se rencontre presque toujours.

Chez aucune d'elles, on ne trouve un passé hépatique. Jamais la moindre apparition d'ictère. Jamais la moindre colique hépatique comme c'est pour ainsi dire la règle.

Une des malades a de plus présenté cette douleur particulière et violente, qui n'a pas le caractère de la douleur de la colique hépatique et qui paraît coïncider avec le passage du calcul de la vésicule dans l'intestin.

Dans ces deux cas il y avait ballonnement du ventre, mais ballonnement modéré et pas cette distension énorme de l'abdomen qu'on est accoutumé à voir dans l'occlusion aiguë. En aucun point, comme cela est encore la règle, on n'a pu sentir une tuméfaction quelconque permettant de s'orienter du côté du diagnostic étiologique ; et enfin dans les deux observations, comme cela se voit dans l'ileus biliaire aigu, l'occlusion complète s'est produite d'emblée, les vomissements sont devenus rapidement fécaloïdes, sans qu'une première attaque de rétention modérée des matières se soit produite, ainsi que cela se voit dans la forme la plus fréquente, dans l'ileus biliaire à forme chronique.

Dans cette question deux points sont particulièrement intéressants, c'est d'abord la difficulté du diagnostic et le choix du moyen d'extraction du calcul.

Pour le diagnostic il est facile à poser en tant qu'occlusion; mais presqu'impossible en tant que cause de cette occlusion. Nous avons bien cité tout à l'heure quelques particularités qui peuvent attirer l'attention, mais il est surtout facile de les remarquer une fois l'opération faite; et même recueillis avant l'intervention, tous les symptômes tels que le sexe, l'âge de la malade, l'absence de passé hépatique, la forme de l'occlusion, le ballonnement modéré du ventre ne feraient qu'apporter des présomptions de peu d'importance, et voilà tout; c'est pourquoi je pense avec la plupart des chirurgiens que dans ces cas la laparotomie médiane sous-ombilicale s'impose; et si M. Lévêque ne l'a pas pratiquée, c'est que, nous dit-il dans sa première observation, sa malade était très épuisée et qu'il songeait à lui faire l'anus de Nélaton; peut-être même avait-il eu idée d'appendicite par derrière la tête? Et chez sa seconde malade il devait être hanté par l'ileus biliaire, et par ce phénomène particulier qui fait que les mêmes cas nous arrivent par série en chirurgie. L'événement lui a du reste donné raison puisque les deux fois il a extrait le calcul.

Examinons maintenant le *choix du moyen d'extraction* quand on a reconnu le calcul. Dans le travail que j'ai cité plus haut, M. Kirmisson et moi, après avoir examiné tous les procédés en usage : cheminement du calcul jusque dans le cæcum, broiement de ce calcul à travers les parois intestinales, incision de l'intestin plus

haut que le calcul, introduction par cette ouverture d'une pince pour broyer ce calcul, etc..., nous concluons timidement à l'entérotomie pure et simple sur le calcul même, avec suture immédiate de l'intestin si ce dernier était en bon état. Je dis que nous préconisions timidement cette méthode, car cela se passait en 1892; à l'heure actuelle il n'est pas permis de s'arrêter à un autre procédé.

Reste le cas de l'observation n° 2 de M. Lévêque, dans lequel il n'a pu amener l'anse occupée par le calcul au niveau de la plaie de laparotomie. Notre confrère de Saint-Germain a fait cheminer le calcul, il y a réussi et il se demande si ce ne sont pas les pressions faites pendant les manœuvres qui ont déterminé le sphacèle de l'anse et la péritonite qui en a été la conséquence fatale. Ce point ne fait pas de doute pour nous et nous ne croyons pas que ce soit du point d'arrêt du calcul que sont parties des embolies dans les vaisseaux du mésentère, embolies qui à leur tour auraient amené une gangrène secondaire de l'intestin comme il en a émis l'hypothèse; nous n'en voulons pour preuve que les lésions vérifiées par l'autopsie et qui occupent tout le segment d'intestin parcouru par ce calcul.

Il est donc dangereux de faire cheminer le calcul; cette observation en est une preuve.

En faisant une laparotomie plus étendue, en faisant écarter par des écarteurs larges ou par un aide les intestins, peut-être M. Lévêque eût-il pu se rendre compte de la solidité plus ou moins grande des adhérences qui retenaient l'intestin et les rompre ou peut-être même opérer profondément en y voyant clair; c'est ce que nous conseillerions dans pareil cas où il nous semble absolument nécessaire de se donner du jour; en tout cas, il est de toute importance de pouvoir se rendre compte de l'état d'intégrité ou de lésion du point de l'intestin qui enserrait le calcul, car, si on ne le fait pas, on s'expose à laisser en plein abdomen une anse vouée fatalement à la gangrène.

Il est bien entendu que si le sphacèle de l'intestin a été reconnu, il faut pratiquer l'entérectomie avec la suture bout à bout, ou, si le malade est trop faible, attirer l'anse malade et la fixer au dehors.

En terminant, je vous propose d'insérer les deux observations de M. Lévêque dans vos bulletins et de lui adresser des remerciements.

M. Routier. — Je rappellerai que j'ai présenté en octobre 1900 un calcul analogue ayant causé de l'occlusion intestinale; l'observation est publiée tout au long dans nos bulletins, séance du 24 octobre 1900.

Ici, il y avait eu des antécédents biliaires très nets, mais je fus frappé surtout par les trois crises de péritonite qu'avait présentées la malade, et je ne fis pas le diagnostic de l'occlusion par calcul.

Chez cette malade, les phénomènes furent brusques, et on n'observa pas ces alternatives d'occlusion incomplète qu'on signale presque toujours dans cette forme d'occlusion.

M. PICQUÉ. — Je demanderai à M. Rochard si l'examen chimique du calcul a été fait et quel était le siège des calculs.

M. REYNIER. — J'ai une observation datant de six ans qui pourrait se calquer sur celle de M. Routier. Comme dans son cas, il s'agissait d'une femme obèse âgée de cinquante-six ans, qui n'avait jamais eu de crise de colique hépatique, et qui depuis quelques jours souffrait d'obstruction intestinale, survenue insidieusement, et s'accentuant de jour en jour. Cependant, étant à Boulogne, elle avait pu faire le voyage de Paris; et c'est à son arrivée que je la vis. Elle avait du ballonnement du ventre, quelques vomissements biliaires, absence de gaz par l'anus. Je crus à un néoplasme, et je l'opérai le lendemain de son arrivée. Je trouvai des anses intestinales rouges, dilatées, un peu de sérosité péritonéale, et très facilement j'arrivai sur la cause de l'obstruction. A 40 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, je trouvai dans l'intestin grêle, contracté sur lui, un calcul de la grosseur de celui que nous a présenté M. Rochard.

Je fis l'entérotomie, et retirai ce calcul facilement. Tout se passa sans incident. Malgré cela, ma malade mourait trois jours après, ayant rendu du gaz. Mais je ne crus pas devoir ici invoquer une congestion pulmonaire pour expliquer la mort ; je crois que si ces obstructions par calcul donnent une mortalité si grande après les interventions, c'est que l'obstruction se produisant lentement, l'opération se fait tardivement, alors que les anses intestinales distendues ont laissé passer dans le péritoine des microorganismes qui l'ont infecté. Je crois qu'en pareil cas on ne saurait trop insister sur la nécessité de terminer son opération par un large drainage, et c'est probablement pour ne pas l'avoir fait que j'ai perdu ma malade.

M. TERRIER. — Mon chef de clinique, M. Reymond, a opéré une malade qui avait un calcul biliaire de l'intestin et qu'on avait envoyée avec le diagnostic d'étranglement interne. Comme il s'agissait d'une personne âgée, le diagnostic était : cancer de l'intestin ayant déterminé l'occlusion.

M. Reymond fit avec succès une laparotomie d'urgence, qui ne

présenta pas de difficultés, enlevant un calcul un peu moins gros que le calcul qui est présenté ici.

Malgré ces circonstances, il ne faut pas se borner à enlever le calcul, car il existe des altérations de la paroi intestinale et du péritoine qui est infecté; il est important de ne pas perdre de vue l'anse intestinale altérée, et je ne conseillerais pas de se borner dans le cas où il existerait des altérations soit à drainer, comme l'a conseillé M. Reynier, soit à mettre l'anse intestinale fixée par un fil en contact avec la paroi; mais je ferais volontiers la résection de la portion de l'intestin altérée suivie d'une anastomose latérale.

M. Tuffier. — J'ai présenté à la Société il y a plusieurs années, un calcul intestinal à peu près du volume et de la forme de celui que vient de nous présenter M. Rochard et que j'avais extrait dans des conditions que je crois devoir rappeler, car elles sont très semblables à celles de la deuxième observation de M. Lévêque.

Il s'agissait d'une femme âgée, sans passé biliaire, souffrant de symptômes d'obstruction intestinale subaiguë, presque chronique, et qui fut prise brusquement d'accidents d'occlusion aiguë. Je vis la malade vingt-quatre heures après. La première idée qui me vint à l'esprit fut celle d'un néoplasme et je pratiquai la laparotomie d'urgence. Je trouvai l'intestin grêle très distendu et, dans le fond du petit bassin, une anse fortement adhérente et rétractée que j'eus beaucoup de peine à libérer et à amener en regard de la plaie abdominale. Je pus alors constater que cette anse contenait un corps cylindrique d'une dureté ligneuse qui semblait faire partie intégrante de la paroi intestinale tant celle-ci s'était rétractée sur lui. Cette rétraction était telle et aussi la minceur de la paroi, que cette dernière se fût certainement déchirée si, laissant l'anse en place dans le petit bassin, j'avais essayé, comme M. Lévêque, de faire cheminer le calcul jusqu'au niveau de l'incision abdominale. Etant donné ce mauvais aspect de la paroi intestinale, j'aurais dû faire la résection de toute la portion rétractée autour du calcul ; je ne l'osai point pour ne point prolonger une intervention que l'état de la malade exigeait très courte, et je me contentai de faire une entérotomie suffisante pour me permettre d'extraire le calcul. J'eus tort, car mon opérée succomba quelques jours après à une péritonite causée par le sphacèle de la portion d'intestin que je n'avais osé enlever.

En somme, et pour terminer, je dirai que j'ai voulu, en rappelant cette observation, insister surtout sur la rétraction et sur les altérations de la paroi intestinale au niveau du calcul, rétraction et altérations qui condamnent absolument toute tentative de faire

cheminer le calcul et qui doivent faire réserver grandement le pronostic opératoire lorsqu'on s'est contenté, comme dans mon cas, de la simple entérotomie.

M. Ricard. — Il y a une dizaine d'années j'ai eu l'occasion d'opérer d'urgence une malade, arrivée à pied à l'hôpital dans un état excessivement précaire, avec les extrémités froides et le pouls à peine sensible. Je diagnostiquai une occlusion intestinale et fis mettre la malade immédiatement sur la table d'opération. Je fis une laparotomie médiane et trouvai de suite un calcul que j'enlevai par entérotomie. Malgré la rapidité et la facilité de l'intervention la malade mourut le lendemain; mais ce qui est intéressant dans le cas que j'ai cité, c'est la latence des accidents. J'ai pu faire l'autopsie de ma malade, et nous avons trouvé l'orifice de communication entre la vésicule et une anse d'intestin grêle, cet orifice avait la dimension d'une pièce de quarante sous; ses bords étaient minces et cicatriciels, deux gros calculs existaient encore dans la vésicule rétractée.

M. Rochard. — Quand on trouve l'anse sphacélée, il faut évidemment faire l'entérectomie; c'est du reste ce que j'ai écrit dans mon rapport. J'ai omis de le dire; c'est un oubli que les observations de M. Terrier me permettent de réparer.

L'analyse des calculs n'a pas été faite, mais il est certain que ce sont des calculs biliaires, qui siègeaient l'un et l'autre, comme toujours, à quelque distance de la valvule iléo-cæcale.

Dans un des cas de M. Lévêque, on a trouvé l'orifice de communication entre la vésicule et l'intestin.

Le diagnostic est impossible; c'est toujours le diagnostic de cancer que l'on fait et c'est pour cela que pour ma part je conseillerais la laparotomie médiane.

Communication.

Adénome de l'uretère. Extirpation. Guérison,

par M. J. ALBARRAN.

J'ai opéré le 17 mars dernier une femme âgée de trente-deux ans, à qui j'ai extirpé une tumeur très probablement primitive de l'uretère : la grande rareté de ces tumeurs et différentes particu-

larités intéressantes de celle que j'ai enlevée, m'engagent à vous communiquer cette observation.

Madame B..., âgée de trente-six ans, mère d'un enfant de dix ans ; toujours bien réglée jusqu'à ces derniers mois où les époques sont venues un peu irrégulièrement. Il y a deux ans se produisirent les premières hématuries. A cette époque deux ou trois jours avant les règles ou immédiatement après celles-ci l'urine contenait du sang, le saignement durait quelques jours et s'accompagnait de douleurs dans le bas ventre mais non de douleurs en urinant ni de fréquence dans les mictions. Au début il n'y avait que des petits caillots que la malade urinait sans difficulté. Plus tard l'urine contenait toujours du sang et parfois des caillots assez gros dont l'expulsion était fort doulonreuse : les jours sans hématurie étaient rares depuis quelques mois.

Au mois de novembre 1901, la malade avait eu, m'écrit le Dr Rousselle de Rochefort Montagne qui la soignait, un fort frisson avec température de 39°5, des douleurs violentes au niveau des deux reins et le long des uretères. Depuis cette époque, à aucun moment la malade n'a eu des coliques néphrétiques, ni des douleurs rénales d'aucune sorte.

Actuellement la malade urine du sang presque à toutes les mictions et lorsqu'il n'y a pas de sang les urines sont troubles. L'hématurie n'est pas influencée par le repos ou le mouvement. Son abondance est variable ; tantôt l'urine est très rouge et contient des caillots, tantôt elle est simplement rosée. Les mictions ont lieu toutes les heures ou toutes les deux heures, parfois plus fréquemment ; même lorsque l'urine ne contient pas de caillots elles sont douloureuses, surtout à la fin.

Depuis quelques mois la malade maigrit et se préoccupe beaucoup de son état.

Examen. — Après avoir constaté que les deux reins ne présentaient rien d'anormal, qu'ils n'étaient ni augmentés de volume ni sensibles au palper, je pratiquai l'examen cystoscopique.

La vessie avait une capacité de 150 grammes ; la muqueuse, un peu rouge, paraissait à peu près saine, sauf au niveau de l'orifice de l'uretère gauche. En ce point, cachant complètement à la vue l'orifice uretéral, se voyait une petite tumeur allongée, un peu moins grosse que la dernière phalange du petit doigt, et qui paraissait implantée sur la paroi vésicale par une base assez large. La surface libre de la tumeur saillante dans la cavité vésicale, était d'une couleur blanc gris, sa surface mamelonnée, mais non papillaire, donnait l'apparence d'un épithélioma.

Je voulus me rendre compte du mode d'implantation de la tumeur et, me servant du tuyau d'irrigation du cystoscope, j'injectai du liquide pour essayer de faire osciller la tumeur : elle resta immobile. J'introduisis alors dans mon cystoscope une sonde uretérale et je me servis son extrémité saillante dans la vessie pour soulever la petite tumeur : je vis ainsi très nettement qu'il s'agissait d'une tumeur de l'uretère qui faisait saillie dans la vessie à travers l'orifice uretéral élargi. Je voyais très bien le contour de l'orifice uretéral et la tumeur qui le dilatait,

comme un polype utérin saillant dans le vagin dilaté l'orifice du col.

L'examen cystoscopique étant fini, je vidai la vessie et j'examinai les uretères par le toucher vaginal combiné au palper abdominal. Du côté droit je ne remarquai rien d'anormal, mais à gauche, c'est-à-dire du côté de la tumeur que je venais de voir, je sentis dans le cul-de-sac latéral, tout contre l'utérus, qui avait conservé sa mobilité, une masse indurée à limites indécises. La paroi vaginale était indemne. Je pensai à une tumeur maligne de l'extrémité inférieure de l'uretère et j'examinai à nouveau le rein gauche qui me parut de volume normal. Je ne trouvai pas non plus de ganglions dans la fosse iliaque.

Après ces constatations, je pensai me trouver en présence d'un de ces rares cas de cancer épithélial de l'extrémité inférieure de l'uretère, comme il en existe deux observations dans la science, dues à Hencklen et à Rundle. Je crus ce diagnostic justifié par l'apparence de la tumeur au cystoscope et par la sensation nette de tumeur, que le toucher vaginal m'avait fait constater au niveau de la portion juxta-vésicale de l'uretère.

L'état général de la malade était assez bon, je ne constatai pas d'envahissement ganglionnaire et je décidai d'extirper complètement la tumeur. Ne sachant pas dans quelle longueur l'uretère était pris et prévoyant des difficultés opératoires sérieuses, je décidai de pratiquer une laparotomie qui, suivant les circonstances, me permettrait de faire enfin l'extirpation du néoplasme, l'uretèro-cystonéostomie, ou me dicterait la conduite à suivre envers le rein.

Avec l'aide de notre collègue Michon, je fis l'opération le 17 mars 1902.

Le ventre ouvert, je constatai l'existence d'une salpingo-ovarite ancienne, adhérente dans le cul-de-sac gauche et je l'extirpai. Explorant alors l'uretère il me parut ne pas être ni induré ni augmenté de volume. Evidemment ce que j'avais senti par le toucher vaginal, c'était la salpingite que je venais d'enlever, et la tumeur que j'avais vue dans la vessie devait naître de l'uretère très près de son abouchement dans le réservoir.

Je fermai le péritoine et, agrandissant mon incision abdominale je découvris la vessie et je pratiquai la taille. La tumeur était bien où je l'avais vue, dilatant l'orifice de l'uretère pour pénétrer dans la cavité vésicale. Je donnai un coup de ciseaux sur le bord supérieur de l'orifice uretéral ce qui me permit de voir que la tumeur s'implantait par un pédicule mince sur la paroi postérieure de l'uretère, tout près de la vessie. Je saisis la tumeur à sa base avec une pince ce qui suffit à la détacher complètement, le pédicule s'étant rompu. Une légère compression arrêta rapidement le peu de sang qui coulait en nappe et j'assurai l'hémostase par un point de suture au niveau de l'implantation de la tumeur, après m'être assuré de la souplesse parfaite des parois uretérales.

Craignant qu'il n'existât plus haut dans l'uretère un autre néoplasme, je cathétérisai ce conduit avec une bougie n° 11 qui pénétra, sans difficulté, jusqu'au bassinet. Je fermai ensuite la plaie de la vessie et la paroi abdominale, et je mis une sonde à demeure.

Les suites opératoires furent simples et, aujourd'hui encore, quatre mois après l'opération, la malade reste guérie. Depuis l'opération, il n'y a plus eu d'hématurie, la malade ne souffre plus et elle a pris, m'écrit-elle, une « mine superbe ».

J'ai pratiqué l'examen histologique de la curieuse petite tumeur que je vous présente : c'est un *adéno-papillome.* La tumeur est constituée par du tissu conjonctif très embryonnaire contenant quelques fibres lisses, dans lequel on voit de nombreux et larges capillaires; dans ce stroma se trouvent des tubes tapissés d'épithélium cylindrique, groupés en long ou en travers. Ces tubes épithéliaux sont peu nombreux par rapport au stroma; cylindriques par places, ils présentent ailleurs des dilatations dans lesquelles font parfois saillie de petites papilles recouvertes d'épithélium cylindrique. A la surface de la tumeur, l'épithélium a disparu, mais on le retrouve dans les profonds sillons qui séparent les uns des autres les lobules de la tumeur.

Les tumeurs de l'uretère sont rares. Des recherches bibliographiques étendues ne m'ont permis de réunir que 27 observations. Sur ce nombre, il s'agissait 17 fois de tumeurs siégeant à la fois dans le bassinet et l'uretère, et seulement 10 fois de tumeurs primitives exclusivement urétérales. Sur ces 10 néoplasmes, 5 étaient des papillomes (obs. de Jebens, Neelsen, Kauffmann, Le Dentu et Albarran, Heresco), 3 des épithéliomas papillaires (obs. de Toupet, Guéniot, Volcker, Jona), 2 des épithéliomas non papillaires (obs. de Rundle, Hencklen).

J'ai dit que la tumeur que j'ai extirpée est un adénome papillaire; parmi les cas publiés, un seul, celui d'Heresco, qui avait à peu près le même siège, présentait la même structure. On peut aussi considérer comme un adénome la petite tumeur que Jebens trouva, à l'autopsie, dans un uretère surnuméraire. Je signalerai aussi deux cas de carcinome adénomateux étudiés par Grohé, mais qui se trouvaient dans le bassinet sans envahir l'uretère; ces faits présentent une grande importance, parce qu'ils établissent la transition entre l'adénome bénin et le cancer.

Au point de vue du diagnostic, notre observation est intéressante parce que, pour la troisième fois, dans ce cas, le cystoscope a permis de faire le diagnostic d'une tumeur de l'uretère. J'ai fait pour la première fois ce diagnostic dans un cas de papillome, que j'ai publié, en 1899, avec mon maître Le Dentu. La seconde observation de diagnostic cystoscopique est celle de mon élève et ami Heresco.

Le diagnostic du siège urétéral du néoplasme a pu être facilement déterminé dans l'observation que je vous présente, comme dans l'autre cas que j'ai publié, en imprimant à la tumeur de petits mouvements avec une sonde urétérale.

Le diagnostic de la nature bénigne ou maligne de la tumeur ne pourra souvent être précisé, car l'apparence macroscopique est trompeuse. C'est ainsi que si les tumeurs à franges villeuses sont le plus souvent de simples papillomes, il en est qui, dans certaines de leurs parties, sont de vrais épithéliomas. D'un autre côté, les tumeurs non papillaires, à surface mamelonnée, sont, le plus souvent, des épithéliomas, mais des tumeurs semblables peuvent être, comme celle que je vous présente, de simples adénomes.

Je rappelle encore, à propos du diagnostic, l'erreur que j'ai commise en croyant à une induration néoplasique péri-urétérale, alors que, en réalité, il s'agissait d'une salpingite.

Il serait du plus grand intérêt de déterminer si, au-dessus de la tumeur qu'on voit au niveau de l'orifice urétéral, il n'en existe pas d'autres; dans le cas que j'ai publié avec M. Le Dentu, la sonde ne pouvait pénétrer dans l'uretère qu'à 4 ou 5 millimètres de profondeur; dans mon observation actuelle, la tumeur remplissait à ce point l'uretère que je n'ai pas essayé le cathétérisme; peut-être dans d'autres cas pourra-t-on pénétrer avec la sonde dans l'uretère au-dessus de la tumeur, et constater que ce conduit est libre ou, au contraire, rétréci dans la portion restante de son trajet. Le cathétérisme urétéral m'a rendu service au moment même de l'opération dans mes deux observations; dans la première, je constatai que la sonde, introduite de haut en bas, ne pouvait pénétrer dans la vessie qu'après avoir traversé une portion rétrécie de l'uretère; dans ma seconde observation, lorsque la tumeur qui siégeait près de la vessie fut enlevée, je constatai que la sonde urétérale parcourait sans arrêt tout l'uretère jusqu'au bassinet, et qu'il n'y avait pas de rétention rénale. Cela ne démontre pas, d'une manière absolue, qu'il n'y ait pas dans cet uretère un autre petit néoplasme, mais il est certain qu'il n'en existe pas d'autre ayant déterminé un rétrécissement du conduit.

Je ne saurais dire avec certitude quel sera le *pronostic* éloigné de mon opérée. Les cas qui se rapprochent le plus de celui-ci sont ceux de Jebens, où la tumeur était unique et fut une trouvaille d'autopsie, et celui d'Heresco; dans ce dernier cas, la tumeur était unique, et nous savons seulement que l'infection du rein obligea, peu après l'extirpation de la tumeur, à pratiquer la néphrectomie. Notre opération ne date que de quatre mois, et, malgré le bon état de la malade, nous devons faire des réserves sur le pronostic éloigné.

Il est difficile de préciser les indications opératoires dans les cas de néoplasmes siégeant dans la portion juxta-vésicale de l'uretère. Le contrôle de l'expérience nous manque encore. Lorsque la partie de l'uretère située au-dessus du néoplasme est

saine, lorsque en même temps le rein est encore fonctionnellement utile, il paraît logique d'extirper la tumeur et de pratiquer ensuite l'uretèro-cysto-néostomie, ou si cette opération est impossible, la greffe de l'uretère dans l'intestin. D'un autre côté, lorsque la partie supérieure de l'uretère ou le bassinet sont envahis par le néoplasme, ou lorsque le rein est trop altéré, l'indication sera de pratiquer la néphro-uretérectomie totale. Mais le diagnostic clinique ne permet souvent pas de dire avec certitude quel est l'état de la partie supérieure de l'uretère et il faudra conduire l'opération de manière à pouvoir suivre une conduite variable suivant les cas.

Dans un premier groupe de faits, on aura pu déterminer que l'uretère est envahi dans sa partie supérieure ou que le rein ne mérite pas d'être conservé. Dans ces cas on peut pratiquer la nephro-uretérectomie totale extra-péritonéale, comme nous l'avons fait M. Le Dentu et moi. Il s'agissait d'un malade ayant subi la néphrostomie pour hydronéphrose chez qui il persistait une fistule lointaine : je diagnostiquai l'existence d'une tumeur papillaire de la partie inférieure de l'uretère et nous constatâmes pendant l'opération un autre papillome près du bassinet, le rein et l'uretère furent enlevés par une longue incision lombo-abdominale et la tumeur complètement extirpée.

Si dans un cas analogue la vessie était elle-même envahie, je pense qu'il faudrait en outre faire une résection vésicale de dedans en dehors ce qui permettrait de mieux voir ce que l'on fait que si l'on agissait de dehors en dedans.

Dans un deuxième groupe de faits, le diagnostic clinique fait penser que la tumeur est limitée à l'extrémité inférieure de l'uretère et que le rein est en bon état. Ici l'opération doit être conduite de manière à enlever la tumeur et à conserver le rein si le diagnostic se confirme pendant l'opération, mais il faut prévoir une erreur et la nécessité de la néphro-uretérectomie totale. Nous envisageons trois cas principaux :

a) La tumeur fait saillie dans la vessie comme un polype ; on ne sent pas d'induration urétérale. On peut, dans ce cas, pratiquer une opération analogue à celle que j'ai exécutée chez ma malade, c'est-à-dire ouvrir la vessie par l'hypogastre, inciser l'orifice urétérale et extirper la tumeur. Il sera nécessaire de cathétériser l'uretère pendant l'opération, pour bien s'assurer qu'il n'existe pas d'autres néoplasmes plus haut situés : il faudra surtout craindre cette multiplicité dans les tumeurs villeuses; dans ces néoplasmes il n'est pas rare de voir une tumeur du bassinet se greffer dans la partie inférieure de l'uretère ou même dans la vessie près de l'orifice urétéral. Je ne connais pas de greffes sem-

blables dans les néoplasmes non villeux qui peuvent néanmoins s'étendre à une grande partie de l'uretère comme dans l'observation d'Hedenius et Waldeström.

b) Dans d'autres cas, la tumeur saillante ou non dans la vessie, détermine l'induration de l'uretère qui conserve sa forme arrondie. Dans ces conditions, il faudrait extirper la partie inférieure de l'uretère et une portion de la vessie dont la paroi est souvent envahie par la tumeur. Les conditions sont analogues à celles d'une tumeur de la vessie siégeant au niveau de l'embouchure urétérale et envahissant la portion terminale de ce conduit. En 1892 j'avais conseillé de pratiquer dans ces cas l'extirpation de la tumeur de dedans en dehors et d'aboucher la section de l'uretère à la plaie vésicale. Cette conduite a été suivie par Vincini, Kuster, Amour, et par moi-même. Le malade que j'ai opéré était atteint d'un épithélioma comprimant l'uretère et ayant déterminé de l'hydronéphrose : l'opération a eu lieu en mai 1896; en janvier 1900 j'ai revu ce malade et j'ai pu constater par l'examen cystoscopique qu'il n'y avait pas trace de récidive : il y a un mois ce malade s'est suicidé et j'ai vu que, jusqu'à la fin, il n'y avait pas eu de symptômes de récidive.

c) *Le néoplasme s'accompagne d'induration péri-urétérale.* On doit craindre alors que la voie intra-vésicale soit insuffisante, et mieux vaut aborder franchement l'uretère en dehors de la vessie. La voie transpéritonéale me paraît préférable dans ce cas; elle permettrait d'enlever complètement la tumeur et de pratiquer, suivant la longueur d'uretère enlevé la greffe du point central à la vessie, si possible, ou à l'intestin lorsque l'uretéro-cysto-néostomie est impossible.

Dans les trois circonstances que je viens d'envisager nous avons supposé la possibilité de conserver le rein. Lorsque l'exploration pratiquée pendant l'opération aura fait reconnaître la nécessité de sacrifier le rein, on pourra, suivant l'état du malade, pratiquer immédiatement la néphrectomie ou la différer. Dans les deux cas, je pense qu'il faudrait d'abord terminer l'extirpation de la partie inférieure de l'uretère avec ou sans résection de la vessie. En cas de néphrectomie immédiate, on pourrait lier le bout supérieur de l'uretère et, après avoir fermé la plaie abdominale, extirper par la voie lombaire le rein et ce qui reste de l'uretère. En cas de néphrectomie différée on pourrait, dans les cas aseptiques, se contenter de lier solidement l'uretère en attendant la seconde opération; si l'urine était infectée, on aurait la ressource de fixer le bout supérieur de l'uretère à la peau, créant ainsi une fistule urinaire temporaire.

Présentation de malades.

Gastro-entérostomie.

M. Walther. — Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie est âgé de quarante-cinq ans. Il est atteint d'une sténose pylorique très accentuée et je lui ai fait le 27 juin dernier, il y a par conséquent vingt-six jours, une gastro-entérostomie postérieure. Aujourd'hui il digère bien, mange un peu de tout et n'a plus eu un seul vomissement depuis l'opération.

Si je vous le présente, ce n'est pas pour vous faire constater ce résultat ordinaire et banal de la gastro-entérostomie, mais bien pour noter quelques points intéressants de symptomatologie.

L'affection avait débuté quinze mois avant que le malade entrât à l'hôpital. C'était au début, du ballonnement du ventre après les repas, puis des éructations, des nausées; plus tard ce furent des vomissements, se répétant le matin et dans lesquels étaient rendus les aliments pris la veille; plus tard, vomissements irréguliers, toujours très abondants, toujours alimentaires, ne contenant jamais de sang. Depuis deux mois environ, à ces vomissements s'ajoutait une diarrhée tenace, sans jamais non plus de méléna.

Douleur fixe, siègeant à l'épigastre, avec irradiations vers les espaces intercostaux inférieurs, sans jamais d'irradiation dorsale. La douleur débutait une heure environ après le repas et durait jusqu'au vomissement, pour disparaître complètement après l'évacuation de l'estomac.

A l'examen je constatai : une légère teinte jaune des téguments, sans ictère vrai; une conservation suffisante de l'état général, malgré un amaigrissement très notable; aucune tumeur appréciable à la palpation; estomac dilaté; pas de ganglions appréciables au niveau de la grande courbure; pas de ganglions sus-claviculaires ni inguinaux.

Urines normales; 23 grammes d'urée par litre.

L'analyse du suc gastrique pratiquée par mon ami M. le Dr Michel, après un repas d'épreuve, donna les résultats suivants :

« 120 centimètres cubes d'un liquide incolore à odeur butyrique très acide.

Acide chlorhydrique libre.	1g10	par litre.
— combiné	1 40	—
Acide de fermentation	0 50	—
— —	1 25	par litre en acide lactique.
Acidité totale.	3 »	par litre en Hcl.
Chlorhydrie	2 50	par litre.

Notable quantité d'acide lactique.

Traces d'acide butyrique.

Pas de mucine. »

« Les albuminoïdes sont mal digérés, on retrouve des morceaux de blanc d'œuf tels qu'ils ont été ingérés; de plus le peu d'albumine qui a été solubilisé n'est pas transformé par le suc. Malgré cela le liquide est très riche en peptone. Cela indique que l'estomac n'est pas malade, qu'il y a rétention du liquide gastrique. »

« Les féculents sont très mal digérés; ils sont encore à l'état d'amidon. »

Cet examen de M. Michel, si net dans ses conclusions, semblait appuyer le résultat de l'exploration, la palpation à travers cette paroi amaigrie et souple ne révélant absolument aucune induration; la conservation de l'état général malgré l'amaigrissement, la longue durée des accidents venaient encore à l'appui du diagnostic de rétrécissement simple non cancéreux du pylore.

L'exploration directe de l'estomac m'a montré une volumineuse tumeur pylorique, profondément cachée sous le foie, adhérente en arrière, avec une telle profusion de ganglions le long de la petite courbure, dans l'épiploon gastro-hépatique jusqu'au foie, dans le grand épiploon, que je n'ai pas fait la pylorectomie, mais me suis borné à pratiquer l'anastomose que je comptais faire dans l'hypothèse de sténose simple.

L'objection qui m'est immédiatement venue à l'esprit c'est que j'étais en présence non d'un cancer mais bien d'une tumeur inflammatoire. Cela est possible, mais je ne le crois pas, à cause de la dureté particulière de la masse, de son aspect et surtout du nombre considérable de ganglions et de ganglions très durs.

Quoi qu'il en soit, l'avenir nous renseignera sur la nature de ces lésions. Je vous tiendrai au courant de l'état ultérieur de ce malade; mais j'ai cru qu'il y avait intérêt à vous le présenter aujourd'hui.

M. Ricard. — Je demanderai à M. Walther pourquoi il n'a pas pris un ganglion pour l'examiner. Je me suis trouvé une fois en présence d'un cas d'induration de presque tout l'estomac, s'étendant au côlon transverse et au colon ascendant. La masse était inextirpable; dailleurs l'aspect clinique n'était pas d'une façon évidente celui d'un cancer. J'ai enlevé un ganglion qui était dégénéré et m'a fait voir qu'il s'agissait bien d'un cancer pour lequel du reste je me suis contenté de faire la gastro-entérostomie.

M. Tuffier. — Il y a longtemps que nous connaissons et que nous discutons ces faits de tumeurs inflammatoires péripyloriques prises pour des cancers. Mais puisque les signes cliniques nous font souvent défaut en pareil cas, ainsi que les résultats de l'analyse chimique, pourquoi ne pas recourir à l'examen du sang qui,

au moins personnellement, m'a donné les résultats les plus probants dans nombre de cas ?

M. Walther — Je connais ces cas de gastrite et de périgastrite. J'en citerai notamment un dans lequel je n'ai même pas pu faire la gastro-entérostomie : il existait des adhérences vasculaires qui saignaient abondamment : j'ai dû refermer le ventre : la malade s'est néanmoins améliorée, et a depuis joui d'une santé florissante : elle a eu trois enfants et se porte admirablement bien.

Si j'ai présenté ce malade, c'est surtout à cause de cette hyperchlorhydrie qui permettait presque de dire qu'il ne s'agissait pas d'un cancer de l'estomac.

M. Hartmann. — J'ai, comme notre collègue Walther, observé plusieurs cas de cancer qui s'accompagnaient d'hyperchlorhydrie.

Ces faits sont connus, ce qui prouve que l'examen du suc gastrique seul est insuffisant pour faire un diagnostic; il faut qu'il concorde avec l'examen clinique. L'étude de l'évolution du mal a plus d'importance. Dans le cas de M. Walther les accidents dataient de dix-huit mois seulement : il est rare qu'une sténose consécutive à un ulcère évolue aussi rapidement sans aucun signe antérieur. Cela pouvait mettre en éveil et faire réserver le diagnostic d'autant que l'acide lactique en abondance est plus fréquent dans le cancer que dans l'ulcère.

J'aurais, moi aussi, si j'avais pu, fait faire l'examen du sang.

M. Ricard. — L'hyperchlorhydrie est en effet assez fréquente dans le cancer, mais elle n'est pas constante; il ne faut donc pas se fier à ce signe d'une façon absolue.

Quant à l'examen du sang, je puis dire qu'il ne fournit pas de renseignements aussi précis qu'on veut bien le dire. J'ai la bonne fortune d'avoir un chef de laboratoire très compétent sur toutes ces questions, et les nombreux examens qu'il a faits me prouvent qu'ils n'ont pas la valeur qu'on leur attribue. Il faut beaucoup en rabattre.

M. Tuffier. — Je ne suis pas du tout de l'avis de M. Ricard. Je répète que l'étude du chimisme gastrique ne nous donne souvent que des renseignements erronés au point de vue du diagnostic et que c'est au contraire dans l'examen hématologique qu'il faut espérer la clef du problème que la clinique et la chimie sont impuissantes à résoudre.

M. Walther. — Je suis absolument d'accord avec tous mes collègues et c'est pour apporter un fait nouveau permettant de

juger du peu de valeur de l'hyperchlorhydrie dans le cancer de l'estomac, que je vous ai présenté le malade et son observation.

Sarcome du rein droit chez une petite fille de dix-neuf mois. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison opératoire.

M. Jalaguier. — La fillette que je vous présente a été opérée le 5 juin dernier pour une tumeur à développement rapide, occupant le flanc droit et la fosse iliaque. Ma première impression avait été qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, et j'étais disposé à m'abstenir comme je le fais, en général, chez les enfants pour les néoplasmes du rein. Cependant, la fièvre, la présence du pus dans les urines, la consistance nettement fluctuante de la tumeur et son extrême mobilité, m'ayant porté à penser qu'il s'agissait peut-être d'une hydronéphrose dans un rein ectopique, je me décidai à intervenir. La tumeur que vous voyez, notablement réduite par son immersion dans le formol, pesait 800 grammes à l'état frais et mesurait 18 centimètres sur sa plus grande longueur, et 10 cent. 1/2 de large. L'enfant a très bien guéri, et, jusqu'ici, il n'y a trace ni de récidive, ni de généralisation.

Observation, résumée par M. H. Petit, interne du service. — L... (Lucie), dix-neuf mois. — Le 18 mai 1902, l'enfant est amenée à la consultation des Enfants-Assistés parce que, depuis un mois, la famille s'est aperçue qu'il y avait une grosseur dans le ventre du côté droit.

On trouve, en effet, dans la fosse iliaque droite et dans le flanc, une tumeur volumineuse, lisse, unie, sans bosselures, très nettement fluctuante, mobile dans l'abdomen. La quantité des urines varie peu (400 grammes), elles sont troubles, très fétides, renferment de la mucine, des leucocytes, pas de sang.

Il y avait de la température, ce qui fit porter le diagnostic d'hydronéphrose dans un rein prolabé, infecté secondairement, bien que l'on ait d'abord songé à un sarcome. La fièvre se maintenant, et l'état général étant mauvais, opération le 5 juin.

Large laparotomie latérale droite, un peu d'ascite ; en dehors du côlon ascendant, tumeur volumineuse, très vascularisée. La ponction ne ramène rien. Le feuillet droit du méso-côlon ascendant qui recouvre la tumeur ayant été incisé et décollé, on fixe les lèvres de cette incision à celles du péritoine pariétal.

La tumeur est facilement décortiquée. Clamp courbe sur le pédicule. Double ligature au catgut. Le moignon est touché au thermocautère. Fermeture de la paroi. Drain et mèche.

Dans les jours qui suivirent l'opération, l'enfant fut d'abord un peu

déprimée; au cinquième jour, elle fit de la congestion pulmonaire, qui guérit très bien.

Elle quitta le service le 19 juin, parfaitement guérie. L'enfant a été revue toutes les semaines, elle se porte très bien et a repris du poids; elle urine normalement.

La tumeur a le volume des deux poings (poids de la tumeur, 800 grammes; plus grande longueur, 18 centimètres; plus grande largeur, 10 cent. 1/2); sa partie supérieure a conservé la forme du rein, mais le hile est envahi par le néoplasme, et la partie inférieure est très déformée, elle ressemble à un cœur. Cette différence est encore accentuée par la teinte; l'extrémité inférieure est rouge, vasculaire; la supérieure, au contraire, est pâle, parsemée de granulations transparentes et comme criblée d'abcès caséeux.

Le hile est envahi, et déjà un bourgeon fait saillie dans le bassinet.

L'examen histologique a été fait par *M. Lecène*, interne de *M. Hartmann*. La tumeur se montre constituée par des éléments différents :

Sarcome globo-cellulaire en certains points, fuso-cellulaire en d'autres; on trouve aussi des fibres musculaires striées, des tubes d'apparence glandulaire avec un épithélium cylindrique. Ces tubes rappellent tout à fait ceux du corps de Wolff. C'est une tumeur mixte, très maligne, ayant détruit le rein et envahi le bassinet.

D'après M. Lecène, que je remercie de l'étude très complète qu'il a bien voulu faire de cette tumeur, il s'agit d'un *sarco-rhabdomyome-adénome*. « Au point de vue de son origine, dit M. Lecène, l'opinion la plus vraisemblable est qu'il s'agit d'un sarcome développé aux dépens d'inclusions embryonnaires très anciennes, remontant aux tout premiers débuts de la formation du rein; les inclusions protovertébrales et de débris du corps de Wolff pouvant seuls expliquer la présence des fibres musculaires striées et des tubes épithéliaux wolffiens. »

M. Berger. — J'ai eu l'occasion de voir une tumeur du rein droit chez un enfant de six mois; je ne jugeai pas utile d'intervenir, car j'ai peine à croire que chez les enfants, on puisse espérer un succès thérapeutique. Cet enfant est mort trois ou quatre mois après l'examen que j'en avais fait.

M. Albarran. — Malgré la grande jeunesse de l'enfant, il ne faut pas être étonné outre mesure du succès : car il y a un certain nombre de cas analogues qui ont été publiés.

J'ai même, dans une statistique que j'ai faite, trouvé des guérisons de cinq et six ans.

Les observations de tumeurs mixtes du rein deviennent de plus en plus nombreuses au fur et à mesure qu'on les étudie mieux et beaucoup de tumeurs étiquetées chez l'enfant sarcomes

doivent être considérées comme des tumeurs mixtes. L'observation de M. Jalaguier vient à l'appui de cette conception actuelle des tumeurs du rein.

M. Broca. — Si l'on comptait le nombre de tumeurs du rein qu'on a l'occasion de voir, on verrait qu'elles sont nombreuses.

J'ai opéré des tumeurs du rein chez des enfants aux environs de sept ans : ils sont morts.

J'ai opéré deux petit enfants : ils ont guéri. Six mois après, ils étaient morts.

Ces tumeurs récidivent en effet toujours ou presque toujours.

Au reste, M. Jalaguier nous a dit qu'il avait opéré cet enfant parce qu'il croyait à une lésion inflammatoire en raison de la présence du pus dans l'urine : s'il eût diagnostiqué un cancer, il est probable qu'il ne l'aurait pas opéré.

M. Jalaguier. — Assurément.

M. Albarran. — Je ne peux pas m'associer aux conclusions de M. Broca. J'ai trouvé dans les *statistiques* jusqu'à 4 cas d'enfants en bas âge opérés pour des tumeurs qualifiées sarcomes et qu'on a suivis cinq ans.

Dans des cas semblables, je n'hésiterais pas à intervenir.

Présentations de pièces.

Fracture du radius difficilement réductible, et vicieusement consolidée. — Ostéotomie du radius et du cubitus. — Bon résultat. (Observation rédigée par M. Mourlhon, externe du service.)

M. Chaput. — La malade, âgée de quarante ans, a fait une chute sur la main, il y a deux ans et demi, en descendant un escalier.

Trois jours après, son médecin lui appliqua un appareil composé de deux attelles de bois; au quinzième jour, on appliqua un appareil plâtré qui resta en place quarante jours.

Au sortir de son plâtre, la malade présente une déformation que nous décrirons plus loin ; elle a de la raideur surtout dans les mouvements de pronation et supination.

Pendant deux ans, la malade se sert assez bien de sa main, sans douleurs; mais il y a trois semaines elle éprouve brusquement à la région antérieure du poignet une douleur très aiguë avec une

tuméfaction considérable des téguments qui sont rouges, chauds et hyperesthésiés; les mouvements spontanés sont impossibles et les mouvements provoqués sont très douloureux.

Une incision au bistouri laisse échapper du sang et la soulage momentanément; on lui prescrit des bains tièdes et des enveloppements humides.

Elle entre à Broussais le 12 mai 1902.

Je constate une déviation considérable de la main fortement transportée sur le bord radial; l'axe du médius ne correspond plus à celui de l'avant-bras; le poignet est épaissi en avant au niveau de la fracture; en ce point l'os paraît fortement augmenté de volume.

L'examen des saillies osseuses montre que la styloïde radiale est à 1 centimètre et demi au-dessus du plan de la styloïde cubitale; il y a donc une ascension de 3 centimètres environ. La malade ne peut se servir de sa main; la région du poignet est tuméfiée et douloureuse surtout en avant au niveau de la fracture.

La radiographie montre une extrémité inférieure du radius très épaissie, avec des hyperostoses du radius au niveau de l'articulation radio-cubitale inférieure. La styloïde radiale est arrachée, épaissie, et transportée en dehors.

J'ai pu me procurer une radiographie faite peu après l'accident; on constate sur cette figure une espèce d'embrochement de l'extrémité inférieure par une fracture oblique en bas et en arrière. Le biseau du fragment inférieur remonte à 4 centimètres de la surface articulaire; il existe un fragment détaché du radius, qui siège au niveau de l'articulation radio-cubitale.

La styloïde cubitale est arrachée et déjà volumineuse.

Soupçonnant l'existence d'hyperostoses aiguës douloureuses, je pratique le 21 *mai* sous anesthésie générale une incision de quelques centimètres en dedans de l'artère radiale; la face antérieure de l'os ne présente pas d'épines osseuses; je pratique l'ostéotomie du radius à 3 centimètres environ de la surface articulaire. J'essaie en vain de redresser la main; je me décide à sectionner le cubitus au même niveau par une seconde incision en dehors de l'artère cubitale. Le redressement se fait alors d'une manière assez satisfaisante.

Pansement aseptique. Plâtre.

Deux jours après, nouveau plâtre sans anesthésie.

La malade est débarrassée de son plâtre vers le vingt-cinquième jour, l'état du membre est satisfaisant; la radiographie montre que la styloïde radiale n'a pas descendu, mais la main est bien dans l'axe.

A la sortie de l'hôpital, la position est satisfaisante et les douleurs n'existent plus.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à beaucoup d'égards : la malade a été soignée en province par un de nos collègues les plus distingués qui n'a pu obtenir une réduction convenable; il est vrai qu'il n'a pas donné de chloroforme, mais je crois que même avec le chloroforme on ne pouvait pas empêcher le déplacement d'une fracture très oblique.

J'estime que pour obtenir d'emblée un bon résultat, il était indispensable de réséquer la tête du cubitus, et je n'hésiterais pas à agir ainsi le cas échéant.

Il est difficile de dire à quoi sont dues les douleurs survenues tout à coup et qui paraissaient occasionnées par un épanchement sanguin qui a été évacué par une incision. Il est possible que la malade se soit heurtée dans le sommeil ou sans s'en apercevoir, et qu'il se soit formé un hématome qui a été très douloureux dans une région présentant de fortes brides cicatricielles.

Il m'a été impossible de redresser la main après l'ostéotomie du seul radius; la section du cubitus m'a donné un résultat assez bon, mais pas tout à fait parfait.

Si j'avais à réopérer cette malade, je lui ferais l'ostéotomie du radius et la résection de la tête cubitale ; j'aurais ainsi une réduction absolument idéale.

Prostate enlevée par prostatectomie périnéale et calcul vésical.

M. Bazy. — La prostate que je vous présente a été enlevée, il y a six jours, à un homme âgé de soixante et un ans, que j'ai opéré à la maison de santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, avec le concours de mes élèves : le Dr Deschamps, et Caubet et Godineau, mes internes.

Elle est beaucoup moins volumineuse que celle que je vous ai présentée précédemment (1) elle ne pèse en effet que 65 grammes.

Je la présente, parce que j'estime qu'il y a des indications à la prostatectomie. Or, ici les indications étaient : 1° impossibilité d'uriner sans le secours de la sonde depuis un an, nécessité d'avoir recours à la sonde, une ou plusieurs fois par jour depuis quatre

(1) Le malade, qui faisait le sujet de cette observation, a conservé la sonde jusqu'au dix-huitième jour. La plaie urétrale était fermée il pisse bien depuis sans le secours de la sonde et il vide complètement sa vessie.

ans; 2° accidents infectieux locaux et généraux; 3° présence d'un calcul assez volumineux, composé de plusieurs calculs uriques enveloppés dans une gangue phosphatique; 4° vessie irrégulière, à cause de la saillie prostatique et de colonnes vésicales, au point que le calcul avait été méconnu il y a trois ou quatre mois par un de nos collègues qui avait été appelé à l'examiner.

Le malade est actuellement en bon état : je lui ai mis ce matin une sonde à demeure urétrale qui a remplacé la sonde périnéale.

Le Secrétaire annuel,
P. BAZY.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2°. — Une brochure offerte à la Société de chirurgie, par M. le Dr A. Rousseau (de Nantes) ; cette brochure est intitulée : *Souvenir du 26 septembre* 1901. *Inauguration des monuments élevés à la mémoire de Chassaigne et de Maisonneuve.*

A l'occasion du procès-verbal.

Observation d'obstruction intestinale par calcul biliaire dans l'intestin grêle,

par M. GÉRARD-MARCHANT.

Je présente en mon nom et au nom de mon ancien interne Simon, une observation d'obstruction intestinale par calcul biliaire dans l'intestin grêle, pour faire suite au rapport de M. Rochard, dans la dernière séance.

Léontine V..., femme L..., âgée de soixante-seize ans, entre à l'hôpital Boucicaut, dans le service de M. le Dr Gérard Marchant, vers les premiers jours du mois de juin 1900, envoyée par l'infirmerie des Petits-Ménages, avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

En effet, la malade raconte que, le dimanche soir, au cours d'une période de constipation, elle a été prise de vomissements; vomissements d'abord alimentaires, mais le lendemain, lundi, les vomissements prennent le caractère fécaloïde. La constipation persiste, opiniâtre.

La malade ressent plusieurs fois par heure des coliques intestinales extrêmement douloureuses, se propageant d'un côté à l'autre de l'abdomen.

On lui fait donner, dans la journée, à l'infirmerie des Ménages, un grand lavement qui n'amène aucun résultat.

Envoyée à l'hôpital Boucicaut, le lendemain mardi à 11 h. 1/2; on constate les symptômes déjà décrits : coliques intestinales intermittentes très douloureuses, vomissements fécaloïdes.

Une purgation administrée est immédiatement vomie; un grand lavement glycériné est rendu sans ramener de matières.

Le diagnostic d'occlusion s'imposait. Quelle en était la cause?

La palpation attentive de l'abdomen révélait à certains moments, en dehors des périodes de contractions douloureuses, dans la fosse iliaque *gauche*, pas très loin cependant de la ligne médiane, une *tumeur* vague dont on délimitait mal les contours, semblant de la grosseur d'une petite mandarine; sa palpation augmente ou réveille la douleur.

Les touchers rectal et vaginal ne fournissaient par contre aucun renseignement.

Si, pour éclairer la nature de cette tumeur du flanc gauche, on étudie l'état général de la malade et ses antécédents, on n'obtient pas de renseignements très importants.

En effet, cette malade n'a presque jamais été arrêtée dans ses occupations. Elle a eu, il est vrai, de l'*ictère*, une fois, à l'âge de trente-cinq ans, au moment de la naissance de son quatrième enfant; ictère qui aurait été intense, aurait duré six semaines, et ne serait jamais revenu depuis. Cet ictère ne semble pas devoir être rapporté à une lithiase; en effet, il ne s'est accompagné d'aucune crise douloureuse rappelant la colique hépatique; d'autre part, il a nettement coïncidé avec l'apparition d'ictère chez de nombreux habitants d'Annecy, où la malade habitait alors, ictère revêtant donc le type épidémique, ne s'accompagnant d'aucune douleur, parfois mortel.

Depuis cette époque, la malade a toujours été *constipée*; cette constipation aurait beaucoup augmenté depuis quelques années, depuis que la malade habite les Petits-Ménages, où elle mène une vie sédentaire. De plus, la malade raconte que, depuis vingt ans, elle ressent, une ou deux fois par mois, des douleurs abdominales, sous forme de *coliques* intestinales se propageant dans tout l'abdomen. Les crises duraient trois ou quatre jours. Enfin, depuis quelques années, la malade aurait senti, dans le flanc *droit*, une boule dure qui semblait, pendant les crises, être le nœud des contractions intestinales douloureuses. Cette tumeur aurait passé (?) récemment dans le flanc *gauche*, où nous la constatons actuelle-

ment. Plusieurs médecins, consultés à ce sujet, n'auraient pas pu donner de diagnostic.

Enfin l'état général actuel de la malade est assez bon ; son teint est un peu pâle, terreux, mais elle est encore assez grasse, pas de ganglions périphériques.

En somme, l'état de la malade, que nous constations, n'était que l'exagération en quelque sorte, des symptômes accusés depuis longtemps. Mais les vomissements fécaloïdes, l'inefficacité du traitement déjà tenté, la fréquence du pouls nous commandaient une intervention. Devant l'incertitude du diagnostic étiologique, nous fîmes la laparotomie médiane sous-ombilicale.

Opération. — A 4 heures du soir. Chloroforme. Laparotomie médiane. La main, plongée dans l'abdomen, explore l'S iliaque, n'y trouve que des matières dures, qui filent sous le doigt vers le rectum. En plongeant une seconde fois la main, nous tombons sur un corps dur que nous essayons d'amener au dehors ; nous voyons alors que c'est un gros calcul, inclus dans une anse grêle, dont elle occupe toute la lumière, distendant encore les parois intestinales. Il est mobile, peut être facilement refoulé en haut et en bas ; taille verticale de l'intestin, sur le bord opposé à l'insertion mésentérique, longue de 5 centimètres. Le calcul s'énuclée facilement, la muqueuse paraît saine. On fait ensuite la suture de la plaie intestinale, un premier plan intéressant toutes les tuniques, un plan plus superficiel, séro-séreux. On referme la paroi abdominale par trois plans de suture, après avoir placé un drain dans la cavité péritonéale.

Les suites opératoires sont bonnes ; la malade a des gaz le soir même, et une selle spontanée le lendemain. Au premier pansement on s'aperçoit qu'il y a un décollement sous-cutané contenant du pus. Le phlegmon reste superficiel. La malade sort de l'hôpital un mois après, guérie, conservant seulement une petite fistule à la partie supérieure de la cicatrice.

Nous l'avons revue ces jours-ci ; elle a maintenant près de soixante dix-huit ans, se porte très bien, mais se plaint toujours de constipation difficile à vaincre.

Le calcul avait la forme d'un gros cylindre de 5 centimètres de long sur 2 de large. Il avait sur une coupe, une structure radiée, était composé en majeure partie de cholestérine.

M. Rochard. — Le cas de M. Marchant est intéressant parce qu'on a senti une tuméfaction, parce qu'il y a de l'ictère dans les antécédents et enfin parce que la malade a guéri, ce qui est assez rare.

Lecture.

Appendicite et hernie étranglée du cæcum, chez un enfant de huit mois. — Opération quarante-huit heures après. — Guérison (1),

par M. TEMOIN (de Bourges).

G... (René), âgé de huit mois, m'est envoyé par mon confrère le Dr Thibault (de Dun-sur-Auron), le 12 mars 1902.

Cet enfant a été pris, d'après le récit de ses parents, de vomissements, de douleurs très vives (l'enfant n'a cessé de pousser des cris) le 11 mars dans la soirée; sont ventre était ballonné et le moindre attouchement exagérait sa souffrance. Il porte une énorme hernie inguinale droite, hernie qu'il n'avait pas auparavant. Mon confrère appelé le 12 mars cherche vainement à réduire cette hernie et devant des accidents aussi aigus, il m'envoie l'enfant aussitôt le 12 mars.

Je suis frappé du volume énorme de cette hernie (grosse comme le poing) de sa tension extrême, du tympanisme à la percussion et aussi de la coloration de la peau qui est bronzée. L'enfant pousse des cris et se débat.

La rareté de l'étranglement chez l'enfant me fait espérer une réduction spontanée — je le fais coucher, ordonne pendant toute la nuit des compresses froides et remets au lendemain la résolution à prendre.

Le lendemain les choses sont dans le même état, la tuméfaction est aussi accentuée, les cris sont aussi aigus, les vomissements ont persisté et toute réduction est impossible même sous le chloroforme.

Je pratique alors l'opération. 13 mars.

L'incision de la peau fait sourdre une sérosité sanguinolente et le sac ouvert contient une certaine quantité de liquide brunâtre très spécial, analogue au liquide de la péritonite commençante.

Le premier organe qui se présente est l'appendice tuméfié, volumineux, collé contre le cæcum qui forme la hernie.

Cet appendice est entouré de fausses membranes récentes. Je le libère, le sectionne et enfouis la ligature comme dans les appendicites ordinaires; la toilette terminée, je cherche a réduire l'intestin, mais ce temps me donne les plus grandes difficultés à cause du volume énorme du cæcum : je n'y parviens qu'en prolongeant très haut mon incision.

(1) Travail lu par M. le Secrétaire général.

Je termine comme dans la cure radicale de la hernie simple.

Les suites furent très favorables, l'enfant s'alimentait dès le soir même et dix jours après il était remporté complètement guéri.

C'est après l'opération que je repris l'interrogatoire des parents et c'est alors seulement que je me rendis bien compte de la marche des accidents.

Cet enfant n'avait pas de hernie avant, ou du moins ses parents ne s'en étaient jamais aperçus. La mère affirme que les douleurs, les vomissements, les cris ont commencé bien avant qu'il y eut une grosseur dans les bourses. Ce n'est que dix à douze heures après le début des accidents, qu'elle vit que subitement le côté droit avait augmenté de volume.

Il semble donc qu'il s'est agi là d'une appendicite aiguë déterminant des vomissements, qui, par les efforts qu'ils ont occasionnés ont amené la production d'une hernie du cæcum absolument irréductible.

Le diagnostic aurait peut-être pu être soupçonné; mais les accidents observés se rapportaient si bien à une hernie que je n'ai même pas pensé à une appendicite.

L'appendice ouvert contenait des matières et du pus.

Rapports.

Enfoncement d'une esquille dans les centres moteurs à travers le sinus longitudinal supérieur, par M. Villemin, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, dans notre séance du 1er mai 1901, notre collègue des hôpitaux Villemin nous présentait un malade chez lequel il avait enlevé une esquille implantée dans les centres moteurs et vous montrait le bon résultat fonctionnel qu'il avait obtenu.

Voici le résumé de cette observation sur laquelle vous m'avez prié de vous présenter un rapport :

Adolescent de quatorze ans qui en novembre 1900 reçut sur le sommet du crâne un brancard de voiture muni d'un fort crochet de fer. Le choc fut suivi de perte de connaissance ayant duré une demi-heure avec convulsions dans les quatre membres. Hémorragie extrêmement abondante. La guérison de la plaie fut normale, mais le membre inférieur gauche qui, durant le premier mois, était totalement inerte, ne

récupéra dans la suite que quelques mouvements partiels rendant la marche presque impossible.

La radiographie montrait une partie opaque partant du sommet de la voûte et paraissant s'implanter verticalement dans la substance cérébrale. A un centimètre à droite de la ligne médiane et à deux centimètres du lambda était une petite dépression difficile à percevoir et se soulevant vaguement par les efforts de la toux. Atrophie manifeste des muscles du membre inférieur gauche, portant principalement sur les extenseurs de la jambe; exagération du réflexe rotulien, pas de trépidation épileptoïde. Démarche très incertaine ; le pied est en quelque sorte ballant, tombant en équinisme et valgus. Légère inégalité pupillaire, myosis à gauche : pas d'autres troubles du côté du système nerveux, pas de vomissements.

Le 13 mars 1901 une esquille triangulaire longue de 16 millimètres, large de 15 et épaisse de 5, adhérente par sa base à la surface profonde du pariétal, s'implantant par sa pointe très aiguë dans la substance cérébrale, fut extraite à travers le sinus longitudinal supérieur qu'elle avait transpercé. Une notable hémorragie veineuse fut arrêtée par le tamponnement de la plaie.

Dès le lendemain et le surlendemain l'amélioration était visible dans le fonctionnement du membre inférieur gauche : l'extension se faisait fort bien, la flexion était un peu moins satisfaisante. L'inégalité pupillaire avait disparu. Au 14e jour l'ablation de la mèche qui tamponnait le sinus provoqua une nouvelle hémorragie veineuse abondante. La compression du pansement suffit à l'arrêter. Les suites furent apyrétiques, il n'y eut aucun trouble du côté du système nerveux. Au point de vue fonctionnel les progrès qui avaient été considérables et très rapides au début sont devenus beaucoup plus lents; la marche est très facile, s'effectue sans fatigue, mais est encore un peu imparfaite.

L'observation de M. Villemin présente un réel intérêt, et mérite de retenir quelques instants votre attention.

Il s'agit, comme vous le voyez, d'un cas de blessure du sinus longitudinal supérieur par une esquille qui, l'ayant transpercé de part en part, est venue s'implanter dans la substance cérébrale.

Ces faits ont été récemment étudiés par Luys dans une thèse intéressante : dans une partie de ce travail, cet auteur démontre que dans le cas de fracture des os du crâne, le sinus peut être blessé par une esquille osseuse qui le perfore ou le déchire, parce qu'il est rigide et béant et ne peut fuir devant ce corps étranger.

Tantôt l'esquille joue le rôle d'obturateur et s'oppose à toute hémorragie, et ce n'est que quand on vient à l'extraire qu'un écoulement de sang parfois formidable se produit.

Tantôt, au contraire, il se produit un épanchement sanguin primitif qui donne à la lésion une physionomie clinique particulière comme dans les cas publiés par Morestin et Seidel.

Le cas où il n'existe pas d'hémorragie primitive est exceptionnel. Luys nous cite une observation de Audion où le malade était venu à pied et l'auteur fait justement remarquer qu'alors le diagnostic est difficile, mais qu'on doit soupçonner la lésion quand on se trouve en présence d'un enfoncement du crâne au voisinage du sinus.

Quoi qu'il en soit, tous les cas que nous rapporte Luys dans sa thèse sont récents.

Le cas de Villemin est intéressant parce qu'il s'agit d'un cas ancien.

Ce n'est, en effet, que six mois après, que l'intervention a été pratiquée et a donné le bon résultat que nous avons pu constater en voyant le malade. Je tiens à rappeler que c'est grâce à la radiographie qu'il a pu établir avec précision son diagnostic et mener à bonne fin une intervention délicate et je profite de l'occasion pour m'associer aux critiques que M. Terrier a cru devoir faire dans sa leçon d'ouverture sur les lacunes regrettables de nos services hospitaliers au point de vue de l'installation de la radiographie, toujours à l'étude, paraît-il dans les bureaux de l'administration centrale.

M. Villemin a constaté au moment de l'extraction du corps étranger, une hémorragie notable, ce qui paraît être la règle dans les cas de blessure du sinus longitudinal. Elle a d'ailleurs cédé rapidement à l'emploi de la compression et notre collègue n'a pas eu besoin de recourir à l'un des nombreux procédés proposés par les auteurs.

Messieurs, je vous propose de féliciter M. Villemin du beau résultat qu'il a obtenu et de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

Cure radicale d'un spina bifida. Autoplastie par glissement. Absence d'hydrocéphalie secondaire, par M. Paul Delbet.

Rapport de M. PICQUÉ.

Messieurs, dans une précédente séance, M. Paul Delbet nous a présenté un cas intéressant de guérison d'un spina bifida sans hydrocéphalie secondaire, et vous m'avez prié de vous présenter un rapport sur cette observation.

En voici d'abord le résumé :

L'enfant est né en décembre 1900. Le père et la mère sont bien

portants. Le malade est le second enfant issu du ménage. L'enfant aînée, une fille, ne présente aucune malformation. Fait remarquable, cette fille est aujourd'hui moins bien développée que le puîné.

L'accouchement fut normal. Dès la naissance de l'enfant, la sage-femme remarqua que la peau de la région lombaire inférieure présentait, sur la ligne médiane, une tache de couleur rosée, légèrement saillante, ayant approximativement le volume d'un gros pois.

On ne fit pas autrement attention à cette malformation, que la sage-femme regarda comme un nævus. L'enfant s'élevait bien, mais un mois après la naissance, fin décembre, la tumeur avait notablement augmenté, elle présentait les dimensions d'une petite bille; elle était notablement saillante. L'enfant fut montré au Dr Chocquart, de Pleurs (Marne), qui porta le diagnostic de spina bifida et fit porter, sur mes conseils, un petit bandage compressif en caoutchouc, calqué sur les bandages de hernie ombilicale.

Depuis lors, la tumeur augmenta, les téguments s'amincirent, au point que, craignant une rupture, le médecin m'adressa l'enfant à Necker, le 7 mars 1901; il avait quatre mois. L'état du sujet était le suivant :

L'enfant est vigoureux pour son âge : son développement ne paraît pas avoir été entravé par sa malformation. Il ne présente aucune lésion autre que celle pour laquelle il vient consulter. J'examine très soigneusement la tête. Elle ne me paraît pas présenter un volume exagéré; le front est un peu saillant; la fontanelle bregmatique n'est pas fermée, mais les téguments de la fontanelle ne présentent pas une tension exagérée, et je n'observe pas de circulation veineuse collatérale.

La malformation occupe la région lombaire inférieure, autant que l'on peut s'en rendre compte par la palpation; elle me paraît répondre à la 3e et à la 4e vertèbre lombaire; elle siège exactement sur la ligne médiane. En ce point, on constate la présence d'une saillie; cette saillie a la forme et le volume de la moitié d'une forte bille. Sa hauteur est de près de 1 centimètre; elle est parfaitement lisse et arrondie, sans la moindre trace d'ombilication au niveau de sa partie saillante. Autour de cette portion saillante, la région tout entière paraît légèrement surélevée, en ce sens qu'à distance, au-dessus et au-dessous du point où siège la malformation, on voit le contour des parties latérales du corps s'infléchir de chaque côté, puis se relever vers la ligne médiane constituant. De part et d'autre de la crête épinière, une gouttière, et, en face de la crête, un léger bourrelet, tandis qu'au niveau et au voisinage de la malformation, elle passe directement d'un côté à l'autre formant, à la base de la tumeur, une assise plane de 4 centimètres de circonférence.

Dans toute cette région, la peau présente une coloration rouge, plus foncée au centre qu'à la périphérie. Elle est lisse et partout glabre; déjà difficile à pincer et à soulever à la périphérie, elle devient, au centre, complètement adhérente aux plans sous-jacents. Dans cette région, elle ne peut être ni pincée ni mobilisée.

La tumeur est lisse, nettement fluctuante; elle se tend quand l'enfant

crie ou est mis debout; elle est plus molle quand l'enfant est en décubitus ventral et reste calme.

Dans ces conditions, une légère pression permet de réduire partiellement la tumeur; on peut alors saisir, entre le pouce et l'index, les parois du sac. On constate que celles-ci sont minces, arrivent facilement au contact; il n'y a donc pas de parties solides au centre de la tumeur. Enfin, en déprimant davantage encore la partie saillante de la tumeur, le doigt sent dans la profondeur un anneau fibreux qui limite la base de la tumeur, anneau dans lequel on peut invaginer en partie les enveloppes superficielles. On ne peut insister, d'ailleurs, sur cette exploration, car elle provoque chez l'enfant des cris et des mouvements violents dans les membres inférieurs.

Avec ces caractères, le diagnostic n'était pas douteux; il ne pouvait s'agir que d'un spina bifida lombaire. Il était à prévoir qu'il n'existait dans la tumeur aucune partie solide, ni portion de moelle, ni racine nerveuse. L'opération paraissait devoir être simple.

De plus, l'indication opératoire était formelle. En effet, la tumeur n'avait cessé de grossir depuis la naissance, elle était devenue saillante; les enveloppes s'amincissaient, la peau était rouge, tendue. Laisser les choses en état, c'était la rupture à bref délai, avec ses conséquences fatales. Donc, il fallait opérer. Quelle devait être l'intervention?

M. Paul Delbet redoutait une hydrocéphalie secondaire. L'opération fut faite de la façon suivante, le 7 mars 1901, dans la salle d'opérations d'urgence de M. Le Dentu, à Necker.

Après anesthésie à l'éther, je traçai une première incision de 4 centimètres de long, à grand axe vertical, convexe à gauche, contournant et longeant la base de la tumeur. Mon incision n'intéressait que la peau. Je disséquai ensuite les téguments, relevant la lèvre droite de mon incision. Je pus d'abord isoler assez facilement les plans superficiels de la dure-mère, mais, bientôt, la paroi s'amincissant, mon bistouri pénétra dans la cavité de la tumeur; du liquide céphalo-rachidien s'écoula au dehors en certaine quantité. Je mis la tête en position déclive. Je continuai à relever mon lambeau, sectionnant cette fois la paroi profonde de dedans en dehors, puis continuant le décollement dans le tissu cellulaire au delà de la partie adhérente. J'obtins ainsi un lambeau cutané, cruenté à la périphérie, lisse au centre dans le point où ma dissection avait traversé l'espace encéphalo-rachidien. La cavité du spina bifida était ouverte; comment était constitué son fond? Je ne saurais le dire, car, d'une part, le champ opératoire était en partie masqué par le sang et le liquide céphalo-rachidien, d'autre part, j'avais hâte de terminer l'opération; il n'existait aucune partie nerveuse saillante. Toutefois, ayant pincé les lèvres de la solution de continuité méningée, je vis survenir des contractions violentes du membre inférieur; je pense donc qu'il existait en ce point des filets ou de la substance nerveuse.

Le lambeau disséqué, je le rabattis sur la partie profonde en tirant sur lui. Le liquide céphalo-rachidien s'étant écoulé, les adhérences profondes ayant été détruites, la peau se trouvait trop longue. J'excisai tout ce qui était exubérant, et me trouvai avoir ainsi enlevé toute la

partie amincie. Je fis des sutures au crin de Florence, en rapprochant les points, puis ayant garanti ma ligne de sutures par une couche de collodion, je fis un pansement énergiquement compressif. J'avais eu soin de remplacer, devant la perte de substance ostéo-méningée, l'enveloppe tégumentaire amincie par un lambeau cutané épais obtenu à l'aide d'une autoplastie par glissement.

Les suites ont été simples. L'enfant n'a jamais paru souffrir de l'intervention opératoire. Pas de température, pas de réaction. Le huitième jour, j'enlevai les fils; la réunion primitive était obtenue. La peau formait un volet manifestement soulevé par le liquide céphalo-rachidien. Cet état persista quelque temps; l'enfant étant retourné en province, je ne sais exactement ce qui s'est passé dans les mois suivants.

Aujourd'hui, il persiste un certain degré de soulèvement, mais très léger; on sent, en déprimant le lambeau sur la ligne médiane, la paroi ostéo-fibreuse déficiente. Le plus intéressant, c'est qu'aujourd'hui, seize mois après l'opération, l'enfant est parfaitement développé et ne présente aucun signe permettant de penser à une hydrocéphalie en évolution.

Cette observation est intéressante, puisqu'elle nous montre que, contrairement aux faits qui ont été signalés à diverses reprises à la Société de chirurgie, cette opération n'a donné lieu à aucune hydrocéphalie secondaire.

Je rappelle que déjà Broca et Maubrac dans leur traité, Bellanger dans une thèse que je lui avais inspirée, avaient signalé la fréquence de l'hydrocéphalie à la suite de l'opération du spina bifida.

Dans le cas qui nous est présenté, l'absence d'hydrocéphalie tient-elle à la variété anatomique ou au procédé opératoire employé? Le fait est possible; en tous cas, le fait de M. Paul Delbet méritait de retenir quelques instants votre attention.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Paul Delbet de son intéressante présentation, et de publier son observation dans nos bulletins.

M. Kirmisson. — L'auteur de l'observation semble admettre une relation entre l'absence d'hydrocéphalie consécutive, chez son malade, et le procédé qu'il a suivi. Or, il est impossible, dans l'état actuel de la science, de partager une semblable opinion. La présence ou l'absence d'hydrocéphalie consécutive à l'extirpation est en rapport bien plutôt avec la variété de spina bifida à laquelle on a affaire. Il eût donc été très important de pratiquer l'examen histologique de la poche enlevée pour savoir si elle devait être considérée comme une simple méningocèle, ou si elle ne renfermait pas des éléments nerveux. L'absence de filets nerveux dans

la poche n'est pas un fait suffisant pour se prononcer à cet égard.

Quoi qu'il en soit, le fait de M. Paul Delbet reste un fait exceptionnel, et l'hydrocéphalie est malheureusement une complication des plus fréquentes à la suite de l'extirpation du spina bifida.

M. Picqué. — On n'a trouvé aucune racine rachidienne dans la poche; de plus, on n'a pas fait l'examen histologique.

Anévrisme cirsoïde de la région pariétale gauche. Ablation. Guérison, par M. le Dr Véron, médecin-major de l'armée.

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur l'observation portant ce titre qui nous a été adressé par un de nos distingués confrères de l'armée.

En voici d'abord le résumé :

P..., vingt et un ans, 1er zouaves, à Alger, entre dans nos salles à l'Hôpital militaire du Dey, le 17 novembre 1899, porteur d'un anévrysme cirsoïde du cuir chevelu. La tumeur est restée complètement inaperçue jusqu'à l'âge de seize ans, elle commença à se développer à partir de la puberté, sans cause appréciable. Pas de nœvus en ce point. A ce moment seulement P... se rend compte de son affection, mais il n'en est nullement incommodé; toutefois, la tumeur s'accuse peu à peu, et en portant ses doigts sur elle, il perçoit des battements.

Après son incorporation, l'affection est reconnue par M. le médecin-major de 1re classe Brousse, qui l'envoie de suite à l'Hôpital du Dey.

L'état actuel est le suivant :

La tumeur siège au niveau de la bosse pariétale gauche, atteint le volume d'un gros œuf de pigeon, qui varie du reste avec la position couchée ou debout, avec le repos ou l'effort; tumeur molle, dépressible, réductible en partie, expansible, pulsatile, animée de battements isochrones aux battements du cœur, et donnant à l'auscultation un souffle continu à renforcement. A son niveau, le cuir chevelu paraît normal à la vue, mais au toucher on sent qu'il est notablement aminci vers le centre de la tumeur.

La masse est bosselée, un peu irrégulière, avec des contours indécis et mal définis : elle est formée d'un véritable amas de vaisseaux dilatés et flexueux, dont on suit, sur le cuir chevelu, dans la région pariéto-temporale gauche, les dilatations et les flexuosités qui aboutissent à l'artère auriculaire postérieure et à la temporale superficielle.

La compression de ces dernières suffit à arrêter souffle et battements dans la tumeur.

La palpation profonde ne révèle rien du côté de l'os pariétal, ni

saillie, ni dépression. Le cœur n'est pas hypertrophié : les deux carotides primitives ne présentent rien à noter. Le sujet est sain, n'est porteur d'aucune autre affection, ne présente en aucun autre point d'altérations vasculaires. Aucun antécédent familial à signaler. Le diagnostic d'anévrisme cirsoïde est évident. P... demande lui-même à être débarrassé de sa tumeur, parce qu'elle a sensiblement augmenté depuis un an, qu'elle gêne son sommeil par la sensation du souffle et du battement, qu'il est également incommodé par l'expansion et le gonflement qui s'y produisent au moindre effort, enfin qu'il y éprouve presque constamment une sensation de chaleur et de picotement sous la coiffure.

M. Véron en pratique dès lors l'ablation le 23 novembre 1899, sous la narcose chloroformique.

Dans un premier temps, M. Véron pratique la ligature préalable de l'auriculaire postérieure à la hauteur du sommet de l'apophyse mastoïde, et de la temporale superficielle en avant du pavillon de l'oreille, c'est-à-dire un peu au delà de la zone flexueuse et dilatée.

Puis la tumeur fut circonscrite dans une longue raquette à deux queues, formant une sorte de losange très allongé. L'incision va d'emblée jusqu'au périoste et la dissection du lambeau est vivement menée pour éviter une trop grande perte de sang

Huit pinces à forcipressure ont suffi pour aveugler les vaisseaux qui saignaient, elles ont été enlevées et remplacées par des ligatures au catgut. Toute la longue surface cruentée, 15 centimètres environ a pu être réunie par des crins de Florence, grâce au large dégagement donné par les queues antérieure et postérieure de ma raquette.

Un pansement antiseptique et compressif a été appliqué, et quinze jours après la cicatrisation était complète.

La tumeur enlevée immédiatement vidée et affaissée, à la coupe, on constate l'existence de vaisseaux béants à parois très épaisses qui donnent à la pièce l'aspect d'un tissu aréolaire et caverneux.

Au microscope on peut se rendre compte que toutes ces cavités vasculaires ont la structure d'une paroi artérielle normale appauvrie de tissu élastique, mais sans ces lésions d'endartérite et de péri-artérite signalées à la Société de Chirurgie en 1897 par Roux de Brignole. Les parois veineuses étaient hypertrophiées et en voie de transformation fibreuse.

Mon opéré est sorti guéri de l'Hôpital militaire du Dey un mois après son entrée. Je l'ai revu deux ans après : toutes les dilatations vasculaires, toutes les flexuosités qui sillonnaient le cuir chevelu ont totalement disparu.

La longue cicatrice n'est si saillante, ni douloureuse, elle est recouverte de cheveux, excepté en son milieu, où elle est lisse et glabre. On

ne constate en ce point aucune varicosité, aucun développement anormal de capillaires.

Cette observation, bien qu'intéressante, ne peut donner lieu qu'à de courtes réflexions.

M. Véron s'inspirant de la pratique actuelle, a extirpé la tumeur à l'aide d'une bonne hémostase portant sur les troncs principaux de la tumeur et sur tous les vaisseaux ouverts au cours de l'extirpation. Cette ablation, conformément à la règle, a amené la disparition de toutes les flexuosités vasculaires périphériques.

L'opération, faite dans de bonnes conditions antiseptiques, s'est terminée par réunion immédiate. Nous ne pouvons que féliciter l'auteur du bon résultat obtenu et vous prier de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de Chirurgie.

Ligature des gros troncs veineux axillaires. Absence d'œdème, par M. le D[r] MÉRIEL, chef des travaux de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Toulouse.

Rapport par M. A. DEMOULIN.

Voici l'observation qui nous a été adressée par M. le D[r] Mériel, de Toulouse, et sur laquelle vous m'avez chargé de vous faire un rapport.

J.-L. (de Moissac), trente-sept ans, ménagère ; trois enfants qu'elle a nourris. Opérée il y a deux ans, à Moissac, d'un cancer du sein droit ; la tumeur était, paraît-il, du volume d'une grosse noix. On fit une simple extirpation de ce noyau cancéreux, et, un an après, la malade voyait reparaître, au niveau de la cicatrice, une nouvelle tumeur. Depuis trois mois environ, la peau qui la recouvre présente une ulcération large comme une pièce de cinq francs. Celle-ci siège exactement sur la moitié externe de l'aréole mammaire. L'aisselle correspondante contient de gros ganglions, mais il ne paraît pas en exister dans les creux sus et sous-claviculaire.

Opération le 10 juillet 1901, en présence de M. le professeur agrégé Cestan. L'ulcération ayant été recouverte de collodion, on trace l'incision cutanée qui débute à l'insertion humérale du grand pectoral, se bifurque bientôt après, pour embrasser largement la glande dans les deux lignes elliptiques qui viennent se rejoindre très au-dessous des limites appréciables de la mamelle. Libération de l'incision sur toute son étendue et dissection du lambeau inférieur dont on s'attache à raser, en dédolant, la face profonde, afin de le dépouiller autant que possible de la graisse exubérante qui le garnit. Une fois le bord du

grand dorsal reconnu et dénudé, les pectoraux sectionnés à leurs attaches humérale et coracoïdienne, on passe à la dissection de l'aisselle, c'est-à-dire à la ligature et à la forcipressure étagée de bas en haut, de tous les troncs veineux et artériels. C'est là, disons-le en passant, la modification à la technique de Halsted, introduite par M. Cestan, que nous lui avons vu faire et que nous avons fait nous-même un certain nombre de fois; ces observations sont consignées dans notre mémoire pour le concours du prix Daudet à l'Académie de médecine (1901) et dans la thèse du Dr Oulié (Toulouse, 1901). Cette séparation des troncs veineux d'avec les masses ganglionnaires fut longue et difficile, car en bien des points, c'était la veine elle-même qu'il fallait dégager et éloigner avec d'infinis ménagements. Enfin, la veine dégagée jusqu'à la clavicule, on termina par l'ablation du sein, pectoraux et ganglions compris, ainsi que la lame de tissu graisseux de la fosse sous-scapulaire. Notons, en passant, qu'on a trouvé, au moment de l'ablation, des ganglions cancéreux à la face profonde du grand pectoral.

Nous procédâmes ensuite à la ligature des vaisseaux pincés. La veine céphalique ayant été ouverte en deux endroits, nous essayâmes une ligature latérale qui ne tint pas, et, sans plus attendre, on fit la ligature circulaire au-dessus et au-dessous de la solution de continuité. Les difficultés commencèrent lorsqu'il fallut lier les diverses branches afférentes de la veine; chaque ligature coupait les parois de la veine qui saignait de nouveau; nouvelle ligature, nouvelle hémorragie. Cet incident se reproduisit pour chaque branche veineuse, tant et si bien que nous prîmes le parti de laisser à demeure, trois ou quatre pinces à forcipressure que des ligatures n'avaient pu remplacer ; mais, même cet expédient fut inutilisable, car, en relevant vers l'épaule lesdites pinces pour fermer la plaie, la veine axillaire, coudée, céda au point d'application des pinces et l'hémorragie se reproduisit. En cet état, pour sauver la malade du choc par hémorragie et par anesthésie déjà longue, il n'y avait plus à hésiter, il fallait faire la ligature circulaire de la veine, ce qui fut fait. Il faut dire, cependant, qu'avant de nous y résoudre, nous avions tenté de faire la suture latérale de la veine, mais l'étoffe était trop mauvaise, ne tenait pas le fil, pour ainsi dire, car la paroi se déchirait au passage du fil; c'est pourquoi nous ne persistâmes pas davantage dans cette tentative, et nous liâmes délibérément la veine axillaire en deux points : en bas à 2 centimètres au-dessus de la coracoïde, en haut à un demi-centimètre de la clavicule. La plaie est ensuite fermée, sauf vers la partie médiane sur une étendue de 3 à 4 centimètres. A la fin de l'opération, on pratiqua, sur la table même, une injection de sérum caféiné.

Reportée dans son lit, la malade fut couverte d'une sueur froide, le pouls petit ; mais vers 4 heures du soir, ces symptômes de choc avaient disparu ; nuit bonne.

Le lendemain, l'état général était meilleur, la malade ne souffrait pas et demandait à manger.

Les suites opératoires furent excellentes de tous points. *Il n'y eut pas*

le moindre œdème du membre supérieur, pas de modification de la température locale, pas d'engourdissement de la main; c'est là un point très important que nous certifions, qu'ont pu voir tous les autres matins internes et externes, et pour lequel, au surplus, nous en référerions au témoignage de M. le professeur agrégé Cestan.

Vingt-trois jours après l'opération, à la suite d'une erreur d'asepsie dans le pansement, quelques traînées lymphangitiques se montrèrent sur la face postérieure de l'avant-bras, incident léger, qui céda au bout de trois jours, à l'application de pansements humides au sublimé.

La malade quitte l'hôpital dans les premiers jours d'août, complètement guérie, elle se sert de son bras sans la moindre gêne et le mouvement d'adduction forcée, comparé à celui du côté sain, n'est diminué que de moitié environ.

M. Mériel, dans les réflexions très judicieuses dont il fait suivre son observation, rappelle d'abord que la ligature et la résection des gros troncs veineux n'ont plus, aujourd'hui, la gravité qu'elles présentaient autrefois, et que c'est à l'emploi de la méthode antiseptique qu'on doit la disparition des accidents phlébitiques et gangréneux, si souvent observés jadis, à la suite des opérations sur les veines. Tout le monde est aujourd'hui d'accord sur ce point, et il n'y a aucun intérêt à y insister.

Mais, c'est surtout l'absence d'œdème à la suite de la double ligature de la veine axillaire à son extrémité supérieure, qui a frappé M. Mériel. Il écrit que « les observations de Pilcher, de Legueu, de Watson-Cheyne, de Valude, rapportées dans la thèse de Chartier, relatent des faits de ligature avec ou sans résection, qui ont été suivis, dans tous les cas, d'œdème variable comme intensité et comme durée. Dans le cas de Watson-Cheyne, l'œdème disparut le troisième jour, tandis qu'il persista un mois après l'opération dans l'observation de Legueu. Les faits de ligature sans œdème consécutif ne sont donc pas fréquents ».

Notre confrère cherche une explication à cette absence d'œdème et dit à ce propos :

« La veine axillaire possède — à part la veine acromio-thoracique qui s'ouvre dans la céphalique et la veine céphalique qui débouche dans sa partie sous-claviculaire — les branches collatérales suivantes : les veines scapulaires inférieures, les circonflexes antérieure et postérieure et la thoracique inférieure. De plus, *Langer et Kadyi* ont signalé un « réseau de petites veines qui, nées des humérales à leur terminaison, enlacent l'artère axillaire, plus haut l'artère sous-clavière, et se jettent dans les veines vertébrales. Ces veines, qui forment une voie sanguine collatérale et accessoire, seraient, d'après eux, *les vraies veines satellites de l'artère, demeu-*

rées rudimentaires, alors que la voie collatérale primitive usurpait le premier rang (1).

« Nous insistons tout particulièrement sur cette dernière phrase, car elle nous paraît contenir l'explication des faits heureux de ligature de l'axillaire qui seront analogues au nôtre. Cette voie collatérale, — située dans un plan plus profond que celui de la veine sur laquelle nous avons nécessairement oblitéré les branches afférentes, au cours de notre dissection de l'aisselle, — cette voie a dû persister intacte et prendre rang de voie collatérale principale, sitôt le système précédent supprimé. Ce n'est là qu'une hypothèse, il est vrai, mais c'est la seule qui nous paraisse expliquer cette absence de troubles vasculaires. »

J'accepte volontiers l'explication de M. Mériel. Mais, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, dans son observation, il dit expressément, que toutes les veines afférentes de la grosse veine axillaire se sont déchirées sous les fils qui devaient les lier, qu'on a dû y laisser des pinces à demeure, qu'en relevant ces pinces, à la fin de l'opération, afin de pouvoir suturer convenablement les parties molles, la veine axillaire elle-même, coudée, céda au point d'application de ces pinces, que la suture latérale échoua sur ce vaisseau, que l'étoffe ne tenait pas le fil.

De telle sorte que je me vois obligé de conclure que les parois de la veine axillaire étaient envahies par le néoplasme, et que la circulation devait y être défectueuse, que très probablement les voies collatérales profondes sur lesquelles insiste notre confrère, avaient eu le temps de se développer, et que la ligature double de la veine axillaire n'a pas dû troubler dans de larges proportions la circulation veineuse du membre supérieur. Ainsi s'expliquerait facilement l'absence d'œdème.

M. Mériel nous dit que quand la veine axillaire s'est déchirée, l'hémorragie s'est reproduite, donc elle était encore perméable, mais l'auteur ne nous parle pas de l'abondance de l'hémorragie, et j'aurais voulu qu'il le fît, car un tronc veineux du calibre de l'axillaire, parfaitement perméable, donne lieu, quand il est blessé, à un écoulement sanguin assez abondant pour laisser des souvenirs à l'opérateur et pour qu'il les consigne, avec quelques détails, dans une observation.

A cette petite critique, j'en joindrai une autre : M. Mériel, après avoir rappelé que dans le cours de l'opération, la veine céphalique avait été blessée, ajoute qu'il a tenté, mais sans succès, la ligature latérale de cette veine. Si elle était très développée, ce qu'on ne nous dit pas, la chose était rationnelle, mais si la veine avait son

(1) Poirier et Charpy, *Traité d'anatomie*, t. II, 3e f., p. 911.

calibre normal, je ne vois pas l'utilité de cette manœuvre et j'en conçois toute la difficulté.

Je vous propose, Messieurs, de remercier M. Mériel de son observation et de la déposer dans nos archives.

Corps étranger de l'œsophage (pièce de 5 centimes) chez une fillette de vingt-deux mois. Œsophagotomie externe. Guérison, par M. le Dr Guillet, professeur à l'École de médecine de Caen.

Rapport par M. C. WALTHER.

Messieurs, l'observation que nous a envoyée M. le Dr Guillet, et que vous m'avez chargé d'analyser, a trait à une petite fille de vingt-deux mois qui avala en jouant une pièce de 5 centimes.

L'accident eut lieu le dimanche 30 juin 1901, à 8 heures du matin. La déglutition de ce corps étranger ne donne lieu à aucun trouble de la respiration; l'enfant pleure, crie, mais n'a pas de dyspnée.

Les parents, témoins de l'accident, font venir le médecin de la localité, qui administre un purgatif, sans aucun résultat bien entendu. Dans la journée, l'enfant peut prendre du lait sans grande difficulté, mais les aliments solides et même les bouillies sont rejetées.

Le lendemain 1er juillet, après une nuit assez calme, l'enfant est conduite à Caen et montrée à un médecin qui pratique le cathétérisme de l'œsophage avec une bougie conique n° 16, sans rencontrer aucun obstacle. La déglutition des liquides est possible, celle des substances épaisses ne peut se faire. L'enfant ne se plaint pas et a conservé sa gaieté. Devant l'insistance des parents qui affirment que le sou a bien été avalé devant eux, le médecin envoie la petite malade à M. le Dr Guillet. Ce dernier la voit le lendemain, 2 juillet.

M. Guillet constate que l'enfant crie et se débat dès qu'on palpe le cou. Cette palpation, du reste, ne donne aucune indication. L'état général est bon, l'enfant a bien dormi la dernière nuit, a joué à son réveil; elle est seulement, disent les parents, un peu plus irritable que d'ordinaire.

M. Guillet ne tente pas un nouveau cathétérisme, le premier n'ayant rien donné, et il fait immédiatement la radioscopie. L'image du corps étranger est très nette; le sou est vu de face, par conséquent placé verticalement et transversalement. Il est situé exacte-

ment au ras de la fourchette du sternum entre les deux clavicules.

En raison du volume du corps étranger, du faible diamètre de l'œsophage d'un enfant de vingt-deux mois, en raison surtout du temps écoulé depuis l'accident (deux jours et demi) les bords du sou ayant pu déjà commencer à ulcérer la paroi œsophagienne, M. Guillet pense que l'extraction par les voies naturelles sera peut-être impossible, en tout cas dangereuse, et il se décide sur-le-champ, sans hésiter, à faire l'œsophagotomie externe.

Voici la relation que nous donne M. Guillet, de l'opération :

« Anesthésie au chloroforme.

« Incision oblique partant à environ un travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire gauche pour aboutir à un travers de doigt au-dessus du cartilage thyroïde en suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Incision de la jugulaire externe entre deux pinces; dégagement du bord du sterno-mastoïdien que je fais récliner en dehors; dégagement de la carotide que je fais récliner aussi en dehors avec le muscle. Puis, je vais à la recherche de la trachée, que je trouve facilement. Immédiatement derrière elle, je constate avec le doigt recourbé en crochet dans le fond de la plaie, l'existence d'un corps étranger, qui fait saillie sous la paroi de l'œsophage. J'incise sur ce corps étranger et je puis facilement ramener à l'extérieur, à l'aide d'une pince courbe, le sou qui ne présente aucune altération. Pas de suture sur l'œsophage ; la section est trop profondément située pour que je puisse la tenter; du reste, la paroi est en mauvais état et il n'est pas douteux que la suture ne tiendrait pas. Je me contente de mettre un drain au fond de la plaie jusqu'au contact de l'œsophage, et je referme la partie supérieure de l'incision cutanée par trois points de suture.

« L'opération a duré à peine une demi-heure. L'enfant l'a bien supportée; elle n'a présenté aucune gêne de la respiration. A son réveil elle crie et la voix est intacte, ce qui prouve que le récurrent n'a pas été intéressé. »

Je passe sur les suites opératoires qui furent très simples. Pendant trois ou quatre jours, il y eut un peu de suppuration par le drain; un seul jour, le lendemain, la température s'éleva à 38°2, puis elle retomba à 37 degrés. Les fils furent enlevés au bout de cinq jours.

L'intérêt de cette observation n'est pas dans le fait d'une œsophagotomie pour corps étranger de l'œsophage, mais bien comme le fait très justement remarquer M. Guillet, dans les résultats négatifs fournis par l'exploration, et dans l'âge de l'enfant.

Le cathétérisme fait avec une bougie n° 16, n'a donné aucun résultat. Cela tient à la situation du sou placé verticalement et

transversalement, de sorte que la sonde a passé à côté de lui sans le heurter. Cette position transversale, ordinaire du reste en pareil cas, explique aussi l'absence de tout trouble respiratoire. La radioscopie a seule permis de déterminer l'existence et la situation du corps étranger que faisait soupçonner la douleur à la palpation de la base du cou.

Les observations d'œsophagotomie externe chez les enfants de moins de deux ans ne sont pas communes. Cependant, un certain nombre de faits montrent que l'opération a été faite, et souvent avec succès, même chez les enfants à la mamelle (1).

M. Guillet a cru sage d'intervenir immédiatement sans chercher à enlever le corps étranger par les voies naturelles. La paroi de l'œsophage, comme il l'avait pensé, et comme l'examen le lui a montré au cours de l'opération, était déjà un peu altérée.

Je serai moins absolu que M. Guillet dans la contre-indication formelle qu'il semble admettre à toute tentative d'extraction par les voies naturelles. Je crois qu'en pareil cas cette extraction peut être faite avec succès, et en toute occurrence peut être tentée, non pas bien entendu avec le panier de Grœfe, mais avec un crochet tel que le crochet de Kirmisson. Au bout de deux jours, l'altération des parois qui existait déjà dans le fait de M. Guillet, n'est pas assez accentuée pour empêcher l'extraction sans danger d'un corps à contours arrondis.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, ce n'est là qu'une restriction que je fais à la proposition énoncée par M. Guillet d'une façon que je crois trop absolue.

En fait, nous ne pouvons que le féliciter du succès de son intervention et je vous propose de lui adresser nos remerciements et de déposer son intéressante observation dans nos archives.

Compression de l'artère et de la veine sous-clavières gauches d'origine intrà-thoracique, par M. le Dr FASQUELLE, médecin-major de 1re classe.

Rapport par M. WALTHER.

M. Fasquelle a présenté à la Société de Chirurgie, il y a quinze jours, le malade qui fait l'objet de cette observation.

Vous avez tous vu ce malade, messieurs, et vous vous rappelez

(1) Schœnborn, Mac Lean, cités par Gross (*Semaine médicale*, 1891, p. 45) Lemaistre, de Limoges (Sur l'œsophagotomie externe chez les enfants à la mamelle (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 1897, p. 441 et 461).

cet homme, de taille moyenne, mais d'aspect très vigoureux, remarquablement musclé, offrant comme toute lésion apparente une augmentation de volume du membre supérieur gauche, comme tout symptôme une sensation de pesanteur du bras une gêne assez marquée des mouvements.

L'exploration dénote un synchronisme parfait du pouls radial des deux côtés, mais une diminution considérable du pouls du côté gauche, une dilatation notable des veines superficielles du bras et de la partie supérieure de la moitié correspondante du thorax, par conséquent une compression portant à la fois sur la veine sous-clavière et sur l'artère sous-clavière, dans leur trajet intra-thoracique car nulle part, ni dans le creux de l'aisselle, ni dans le creux sus-claviculaire la palpation la plus minutieuse ne peut révéler l'existence d'une tumeur.

Voici du reste les détails de l'observation très documentée que nous a remise M. Fasquelle :

Le nommé P..., sous-officier dans un régiment de cavalerie, se présente le 22 mai 1902 à ma visite, se plaignant de gêne et de gonflement du bras gauche survenus brusquement, sans qu'il puisse l'attribuer à une cause quelconque et sans qu'il ait jamais souffert dans le bras.

Antécédents héréditaires. — On ne relève rien de particulier dans les antécédents héréditaires :

Le père, arthritique, atteint de rhumatisme chronique, graveleux, est mort « usé », à soixante et un ans, après avoir fait toutes les campagnes du second Empire.

La mère, âgée de soixante-deux ans, est dans un excellent état de santé, ainsi qu'une sœur âgée de vingt-trois ans. Elle n'a eu que ces deux enfants.

Pas de fausses couches.

Antécédents personnels. — Agé de vingt et un ans.

Dans son enfance, il a été atteint de fièvre typhoïde, compliquée de pneumonie, puis de fièvre scarlatine.

A son arrivée au régiment il avait 1m63 de taille et était de constitution chétive, car on hésita à le prendre. Aujourd'hui, juillet 1902, sa taille est de 1m68 ; il a donc grandi de 5 centimètres et il est fortement musclé.

Le corps thyroïde est légèrement hypertrophié (le malade est né à Besançon), mais il n'a pas augmenté de volume dans ces derniers temps.

En résumé, on n'observe rien de particulier dans les antécédents, sauf un développement remarquable de dix-huit à vingt et un ans.

Pas de signes de syphilis ni de tuberculose.

Symptômes. — A l'examen pratiqué le 22 mai, je constate que les creux sus et sous-claviculaires, les fosses sus et sous-épineuses, le membre supérieur gauche sont augmentés de volume et sont le siège d'un gonflement œdémateux. La pression prolongée du doigt ne laisse

pas de traces, de godet, comme dans l'œdème avec extravasion sanguine ou séreuse; on a plutôt la sensation d'un gonflement dur uniformément réparti sur l'épaule et sur le membre supérieur; on croit comprimer un tissu ferme et élastique.

La teinte du bras, de l'avant-bras et surtout de la main est livide et par instant cyanosée.

Les doigts renflés un peu en massue, paraissent présenter une légère déformation hippocratique, d'autant que les ongles sont plus saillants, plus bombés, plus convexes que ceux de la main droite.

L'augmentation de volume est de 2 centimètres, au niveau de la partie moyenne du bras et de 1 centimètre au niveau de la partie moyenne de l'avant-bras par rapport au bras du côté sain.

Il existe au niveau des creux sus et sous-claviculaires, ainsi que de la paroi interne de l'aisselle, une circulation veineuse complémentaire très développée.

En avant les veines mammaires se dessinent nettement. Deux troncs principaux collectent le réseau; l'un externe suit à peu près le sillon deltopectoral, l'autre monte en dehors du sternum. Un réseau anastomotique les relie et tous deux sautent la clavicule pour se jeter dans le système cervical peu ou pas engorgé. En arrière, les vaisseaux sont plus apparents à gauche qu'à droite.

Dans l'aisselle, la veine axillaire est plus volumineuse que celle du côté opposé; elle présente une légère dilatation ampullaire. Elle n'est ni dure ni douloureuse au toucher, elle se laisse aisément déprimer. Au niveau de la paroi interne, il existe un réseau veineux très développé descendant en zigzag jusque vers la 8e côte.

A la face externe du bras les veinules sont injectées, formant plusieurs groupes d'arborisations.

A l'avant-bras, au poignet et à la face dorsale de la main, les veines se dessinent bleuâtres, légèrement en relief.

Il n'existe pas de ganglions, sauf un léger chapelet carotidien.

Pas de troubles de sensibilité, ni de compression du côté du plexus brachial. Aucune douleur ni spontanée ni provoquée. Tous les mouvements de l'articulation de l'épaule sont libres et se font avec la plus grande facilité.

La palpation des régions claviculaire, axillaire et scapulohumérale ne décèle pas la présence d'une tumeur dans l'une de ces régions. Au début, il m'avait semblé sentir au niveau de la base de l'apophyse coracoïde une masse adhérente, diffuse, infiltrée dans les tissus, mais un examen plus approfondi montre qu'il n'y a là en réalité que du gonflement œdémateux analogue à celui de l'épaule et du bras.

Le pouls offre des particularités intéressantes : l'examen en a été fait avec beaucoup de soin par M. le Dr Hallion, chef de laboratoire de M. François-Frank, au Collège de France.

A. *Particularités relatives à la pulsation.* — 1° La pulsation commence à gauche au même moment qu'à droite. Il n'y a pas de retard. On peut donc éliminer l'hypothèse d'un anévrisme;

2° A gauche la pulsation est beaucoup plus faible qu'à droite; elle

atteint son sommet plus lentement. Ce sommet est plus arrondi, le dicrotisme est moins accusé. Les différences sont considérables : elles relèvent d'une compression ou d'un rétrécissement du tronc artériel.

B. *Particularités relatives aux variations de volume de la pulsation prise aux extrémités.* — Lorsqu'on produit des variations de volumes des deux extrémités à la fois, par l'élévation et l'abaissement alternatif des mains — d'une part, les variations sont beaucoup moins amples à gauche qu'à droite — d'autre part, lorsqu'après anémie relative (par élévation des mains), survient un nouvel afflux sanguin (par abaissement des mains) le volume atteint son niveau stable plus lentement à gauche qu'à droite. Ce fait provient de ce que le rétrécissement de l'artère principale ralentit la réplétion des petits vaisseaux qui dépendent d'elle.

Les tracés sphygmographiques ajoutés à la présente observation permettent de constater *de visu* les variations de la pulsation artérielle, le synchronisme des deux côtés, en même temps que son affaiblissement marqué, et cela, quelle que soit la position des bras ou du malade lui-même.

L'examen radioscopique pratiqué par M. le Dr Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine, a été absolument négatif.

La radiographie présentée à la Société en même temps que le malade montre qu'il n'existe ni tumeur ni altération osseuse et que les deux épaules sont normales.

L'auscultation révèle un peu de rudesse et une expiration soufflante au sommet gauche.

Le cœur est sain.

Evolution. — Pendant les journées du 23, 24 et 25 mai, le gonflement du bras et la lourdeur augmentent et atteignent leur maximum le 26 mai. La mesure des points symétriques donne 2 cent. 1/2 de différence au milieu du biceps, 1 cent. 1/2 à l'avant-bras.

Cet état reste stationnaire jusqu'au 9 juin, jour où l'on constate une diminution de 1/2 centimètre au milieu du bras et de l'avant-bras. Dans les premiers jours de juillet, nouvelle diminution de 1/2 centimètre ; il ne reste donc plus qu'une différence de 1 cent. 1/2 avec le côté sain.

La compression a donc diminué, mais elle varie sous l'influence du repos, de l'abaissement ou de l'élévation du bras. Elle est toujours plus considérable dans la soirée, sans cependant jamais revenir à ce qu'elle était primitivement.

Traitement. — Bien que le nommé P... ait nié toute espèce d'accidents syphilitiques, et que je n'en aie pas trouvé traces, je l'ai soumis au traitement ioduré progressif. Il a pris d'abord 1, 2, puis 3 grammes d'iodure de potassium pour arriver rapidement à la dose de 10 grammes par jour et cela pendant trois semaines ; la dose a été ensuite peu à peu diminuée de façon à laisser reposer le malade. Au bout de dix jours il a repris de nouveau l'iodure à la dose de 4 grammes par jour.

Ce traitement a été admirablement supporté, sans aucun trouble digestif ou autre.

Il paraît avoir eu une heureuse influence sur la marche de l'affection, qui rétrocède peu à peu.

Telle est messieurs l'histoire de ce malade.

Le diagnostic de compression intra-thoracique des vaisseaux sous-claviers est établi avec précision. M. Fasquelle vous a montré le malade pour vous demander de déterminer la cause de cette compression et sa prière est peut-être restée sans effet.

La conservation parfaite de l'état général, la brusquerie du début des accidents, la constatation d'un léger chapelet carotidien me portent à croire avec M. Fasquelle qu'il faut chercher probablement dans une augmentation de volume des ganglions intra-thoraciques la cause de cette compression. Je crois qu'il ne s'agit peut-être pas là de ganglions tuberculeux, mais bien plutôt à cause même de cette soudaineté du début, de ces adénites subaiguës qui surviennent parfois sous l'influence d'une fatigue, d'un travail musculaire pénible, ou à la suite d'une petite infection passée inaperçue. Peut-être l'examen du sang aurait pu renseigner sur ce point et sur la nature de l'hypertrophie ganglionnaire.

Mais tout cela n'est qu'hypothèse et ne doit par conséquent pas nous arrêter trop longtemps.

L'observation que M. Fasquelle a jointe à la présentation de ce malade est prise avec une grande netteté accompagnée de documents précis; je vous propose de demander à l'auteur de nous tenir au courant de l'évolution ultérieure de la maladie, et de lui adresser nos remerciements pour son intéressante communication.

Ablation abdomino-périnéale du rectum,
par M. Paul Riche.

Rapport par M. HENRI HARTMANN.

La récente communication de M. Quénu sur les résultats éloignés de l'ablation abdomino-périnéale du rectum m'engage à vous relater brièvement l'histoire d'une malade que nous a présenté cette année notre collègue des hôpitaux, M. Riche.

Il s'agissait d'une femme de quarante-cinq ans, dont la constipation habituelle avait augmenté en 1900 et s'était alors accompagnée de douleurs dans le périnée, de fausses envie d'aller à la garde-robe, quelquefois accompagnées de l'expulsion de quelques scybales tachées de sang.

En mars 1901, après une évacuation abondante de sang rouge et de

caillots par l'anus, l'état de la malade s'aggrava considérablement; il y eut des douleurs dans le petit bassin, du ténesme, une constipation opiniâtre avec débâcle, des selles sanguinolentes, une perte de l'appétit et de l'amaigrissement.

Lorsque M. Riche l'examina le 29 novembre 1901, le ventre était souple mais l'état général médiocre. Sur la paroi antérieure du rectum le doigt trouvait une ulcération à bords durs, à fond végétant de 6 à 7 centimètres de diamètre, située à bout de doigt et mobile. Au toucher vaginal on sentait en arrière du col une masse dure, mobile, manifestement indépendante de la paroi vaginale.

La mobilité du néoplasme indiquait l'opération, son siège élevé fit choisir à M. Riche la voie abdomino-périnéale.

Le 9 décembre 1901, M. Riche fait l'opération en suivant le manuel opératoire décrit par Quénu (1).

1° *Temps abdominal.* — Le temps abdominal ne présenta rien de particulier. Après incision médiane l'iliaque interne droite fut liée. Cette ligature terminée, « je fais, nous dit M. Riche, un trou au méso-sigmoïde, j'exprime le contenu de l'intestin, l'étreins de deux fils et le sectionne entre les deux. Le bout supérieur est immédiatement passé à travers une boutonnière faite à la paroi abdominale et fixé à celle-ci. Le bout inférieur est soigneusement encapuchonné de gaze aseptique.

Je libère ce bout inférieur attiré en avant, liant successivement l'hémorrhoïdale supérieure et l'iliaque interne gauche. J'incise le cul-de-sac de Douglas.

Le bout inférieur est alors replié au fond du bassin, une compresse est placée par-dessus et, par deux points de catgut je fixe le fond de l'utérus à la paroi pelvienne postérieure. Je ferme le ventre sans drainage et la malade est remise en position dorso-sacrée. »

Tout ce temps abdominal fut d'une exécution facile et s'accomplit sans perte de sang.

2° *Temps périnéal.* — L'anus est fermé en bourse et circonscrit par deux incisions; ablation du coccyx d'un coup de ciseaux, section des releveurs, dissection de la paroi antérieure, section des pédicules vasculaires latéraux. Tout le segment intestinal s'extrait facilement suivi de la compresse.

Malgré la ligature des hypogastriques il s'écoula pas mal de sang au cours de ce temps périnéal. La paroi antérieure du rectum fut lésée au moment de sa libération. Suture des tissus périnéaux avec une aiguille d'Emmet laissant au centre deux gros drains séparés par une compresse.

Sonde de Pezzer dans la vessie.

La guérison se fit lentement par suite de l'infection et de la suppuration du périnée; elle eut lieu néanmoins et la cicatrisation fut complète au commencement de juin, ayant demandé six mois.

La malade est actuellement en bonne santé.

(1) Voir Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum.* Paris, 1899, t. II, p. 299.

C'est là un nouveau cas de guérison à ajouter à l'actif de l'ablation abdomino-périnéale du rectum dont un nombre déjà imposant d'observations a déjà été publié ici même, en particulier par notre collègue Quénu.

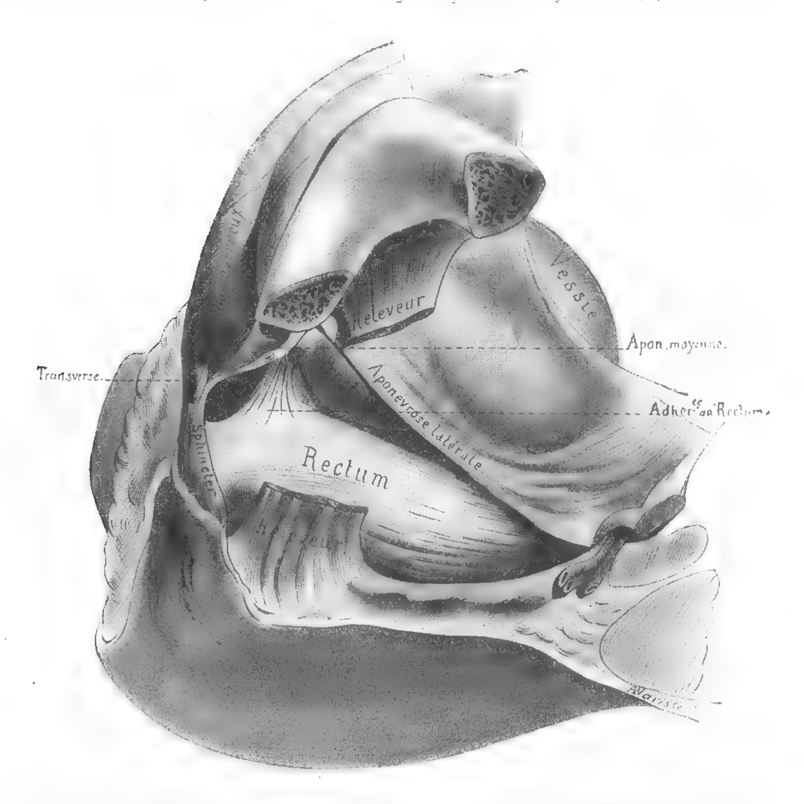
M. Riche termine en disant qu'il a enlevé 37 centimètres de rectum. Cette grande étendue de la résection intestinale, après l'opération abdomino-périnéale, est un fait sur lequel insistent généralement les auteurs qui publient des observations de ce genre, comme si cela assurait contre les risques de récidive. En réalité, cette grande longueur de l'intestin réséqué correspond, en général, non pas à une extension considérable des lésions, mais à la distance qui sépare l'anus du segment de côlon fixé dans la plaie abdominale. Elle ne doit pas nous faire croire que l'ablation aurait été impossible par d'autres voies.

Sur la pièce de M. Riche, qui, après séjour dans un liquide conservateur, ne mesure plus que 32 centimètres, la limite supérieure de la plaque épithéliomateuse n'est qu'à 16 centimètres de l'anus. La moitié supérieure du segment enlevé est saine. L'observation ne nous donne aucun renseignement sur l'état des ganglions, sur l'étendue de l'exérèse en largeur, tous points intéressants et qu'on ne voit pas mentionnés en général dans les observations d'ablation abdomino-périnéale du rectum.

La malade de M. Riche est actuellement guérie; c'est donc un succès dont nous sommes heureux de le féliciter. Mais elle a souffert pendant six mois d'une suppuration périnéale due à l'infection du tissu cellulaire par une perforation rectale produite au cours de l'intervention ; cette perforation siégeait sur la ligne médiane antérieure, à 4 centimètres environ de l'anus, à 5 centimètres au-dessous de la limite de la plaque épithéliomateuse qui commençait à 9 centimètres et demi de l'anus. Elle n'était donc pas due à une friabilité spéciale liée à l'infiltration épithéliale, mais est produite en tissu sain. Nous croyons devoir insister sur ce siège de la perforation opératoire. Il correspond à l'endroit où le rectum est le plus souvent lésé, tant dans les ablations du rectum que dans les opérations sur la prostate; la lésion résultant de l'ignorance où l'on est généralement d'un petit détail anatomique laissé dans l'ombre par nos auteurs classiques, et que nous-même avons méconnu jusqu'au jour où, obligé d'isoler souvent le rectum de la prostate pour pratiquer des opérations sur cette dernière, nous avons été amené à reprendre l'étude anatomique du périnée.

Avec Quénu nous avons écrit autrefois : « Chez l'homme, le temps de séparation d'avec la prostate est délicat, souvent difficile. » C'est là une erreur; sauf le cas d'épithélioma juxta-prosta-

tique dépassant les tuniques du rectum, la séparation du rectum et de la prostate est des plus faciles, si l'on est dans le bon plan de clivage. Ce qui gêne, ce qui arrête le chirurgien, c'est l'existence d'une adhérence solide qui tire le rectum en avant, déterminant à 4 centimètres de l'orifice externe de l'anus sa coudure saillante en avant, le réunissant au bec de la prostate, plus exactement au bord postérieur du diaphragme uro-génital (1).



La partie latérale du bassin a été enlevée. On voit nettement, attirant la paroi antérieure du rectum vers le bec de la prostate, le muscle recto-uréthral qui sépare les deux étages du périnée.

Lorsque l'on veut atteindre l'étage supérieur du périnée, quelle que soit l'opération à pratiquer (prostatectomie ou isolement du rectum), il faut penser à cette adhérence. Il faut, après avoir sectionné le carrefour du sphincter anal et du bulbo-caverneux,

(1) Depuis que notre attention a été attirée sur ce point, nous avons pu constater que ce faisceau qui relie le rectum à l'urèthre membraneux audessus du diaphragme uro-génital était décrit et figuré par un certain nombre d'anatomistes allemands sous le nom de M. *recto-urethralis*.

écarter de deux coups de pouce les releveurs à droite et à gauche, puis suivre de très près l'urètre membraneux sans chercher à récliner l'anus en arrière. Cette rétraction de l'anus n'aboutirait qu'à augmenter la coudure antérieure du rectum, solidement maintenue par son adhérence au diaphragme uro-génital, et entraînerait presque fatalement la lésion de l'intestin. En coupant à petits coups cette adhérence en arrière de l'urèthre membraneux, on pénètre dans l'espace rétro-prostatique, facilement décollable, si l'on est bien franchement en avant du rectum; par là, nous voulons dire en avant d'un feuillet fibreux qui recouvre le rectum. La séparation n'est difficile que dans les cas où l'on passe au-dessous de cette tunique fibreuse, entre elle et les fibres musculaires propres de l'intestin.

En passant au bon endroit on n'a pas de sang, on avance rapidement, on ne risque pas de léser le rectum.

Cette adhérence existe chez la femme comme chez l'homme; mais comme, chez la première, on a un plan régulier, continu, constitué par la paroi postérieure du vagin, on suit facilement cette dernière et l'on évite généralement la lésion de l'intestin, lésion possible cependant, comme nous le montre l'observation de M. Riche. C'est peut-être dans la fréquence de la lésion de la paroi antérieure de l'intestin, plus difficile à éviter chez l'homme que chez la femme, que gît en partie la gravité de l'ablation abdomino-périnéale du rectum dans le sexe masculin (7 opérations, 7 morts, alors que chez la femme on trouve 9 opérations avec 8 guérisons) (Quénu). Cette gravité opératoire diminuera, croyons-nous, beaucoup, si le chirurgien opère méthodiquement, s'il coupe bien l'adhérence rectale en arrière de l'urètre membraneux et s'il passe en arrière de la prostate, et franchement en avant du rectum.

Telles sont les quelques considérations dont j'ai cru devoir faire suivre l'observation de notre collègue des hôpitaux, M. Riche, auquel je vous propose d'adresser nos remerciements pour son intéressante communication.

Communication.

Présentation d'une cuillère de 22 centimètres ayant séjourné près de dix ans dans l'estomac. Radiographies,

par M. CERNÉ (de Rouen).

Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter une cuillère à soda, longue de 22 cent. 1/2, que j'ai enlevée, il y a dix jours, de l'esto

mac d'un homme qui l'avait avalée le 9 octobre 1892, il y a près de dix ans. Cet homme, âgé de trente-huit ans, peintre en bâtiments, n'éprouvait aucune douleur, soit en travaillant, soit après avoir mangé, jusqu'à il y a trois mois environ. Depuis ce moment, l'estomac devenait douloureux une demi-heure après le repas, et pendant une heure ou deux.

Je vous présente en même temps les intéressantes radiographies faites par M. Gascard, pharmacien à l'Hospice général de Rouen; elles m'ont été très utiles au point de vue opératoire. Dans la première, on voit que la cuillère est presque verticale; craignant qu'elle ne fût assez fortement enclavée et que le dégagement sous les côtes ne fût difficile, je me proposais de faire une incision à la partie inférieure, sur le petit cul-de-sac stomacal, soit une incision paraombilicale gauche. Mais, pour obtenir une autre image, le malade fut couché sur le ventre; la seconde radiographie fut faite la veille de l'opération; la position de la cuillère avait changé, elle était devenue plus oblique; elle n'était donc pas enclavée. Comme elle était d'ailleurs moins cachée sous les côtes, je fis une incision verticale dans le muscle droit gauche, à partir de la moitié de la 10e côte; l'ablation fut facile. La muqueuse stomacale m'a paru saine, et la paroi simplement épaissie, sans trace d'exsudats péritonéaux. Double suture et surjet à la soie fine, la première totale, la seconde séro-séreuse. Alimentation le troisième jour.

La cuillère, aussitôt extraite, était recouverte d'une sorte de vernis qui, au bout de quelques heures, était complètement écaillé et détaché par lamelles. C'était une simple agglomération de mucus, coloré en noir par du sulfure de cuivre. La surface du métal elle-même est corrodée; l'analyse chimique, faite également par M. Gascard, a montré que le métal était un alliage de cuivre, zinc et peut-être nickel, dont le recouvrement d'argent a complètement disparu.

Correction d'une difformité nasale par insertion sous-cutanée d'un support métallique,

par M. CERNÉ (de Rouen).

Messieurs, j'ai eu l'occasion de pratiquer la correction d'un nez difforme par l'insertion, dans les tissus, d'un support métallique. Je crois la tentative sans précédent, et viens vous en communiquer la relation après avoir attendu près de trois ans pour m'assurer du résultat éloigné.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans, qu'affligeait la déformation de son nez, résultat de la disparition des cartilages de la cloison et latéraux dans la première enfance. Cet effondrement spontané peut, sans doute, être rattaché à de l'hérédo-syphilis. Les os du nez étaient petits, mais intacts.

Sollicité de porter remède à cette très désagréable difformité, je crus devoir conseiller d'abord un essai de redressement et de soutien par un appareil protbétique; mais cet expédient ayant été refusé, je me décidai, après toutes réserves nécessaires, à l'insertion d'un support.

Après avoir pris conseil de M. Martin, de Lyon, au sujet du métal à employer, de l'épaisseur à lui donner, je fis fabriquer par M. Colin, en platine iridié, l'appareil dont voici une reproduction. Trois lames, de 5 millimètres en largeur et 1/2 millimètre d'épaisseur, viennent se réunir en avant, la lame unique résultante devant atteindre le lobule sans y pénétrer. La lame médiane, légèrement recourbée, devait former l'arête du nez, les deux lames latérales formant soutien; toutes trois portaient, près de leur extrémité libre, une petite pointe pouvant s'implanter dans les os nasaux.

Une incision concave en bas, suivant le bord antérieur de l'ouverture osseuse, à quelques millimètres au-dessus, me permit de rabattre facilement un lambeau cutané sous lequel l'appareil fut introduit. Le seul incident concerna les pointes. Assez courtes nécessairement, pour ne pas s'exposer à traverser la muqueuse nasale, elles tenaient trop peu dans l'os pour effectuer le redressement un peu forcé de la partie affaissée. Je dus les recourber pour en faire pénétrer l'extrémité sous l'os, pour la lame médiane en bas, pour les lames latérales en haut, dans le sens par conséquent de la traction ou de la pression exercée par l'extrémité du nez.

Suture intradermique du lambeau.

Les suites opératoires furent excellentes, et je crois pouvoir dire que le résultat fut aussi parfait que possible, puisque je ne fais qu'exprimer le sentiment de l'opérée elle-même.

Sans doute elle a l'inconvénient d'une petite cicatrice, mais tout à fait linéaire, et que contribue d'ailleurs à masquer un lorgnon ordinairement porté pour une assez forte myopie.

Les troubles trophiques ont été insignifiants : une certaine sensibilité au froid qui faisait rougir le nez, et, pendant plusieurs mois, une légère desquammation sèche. Aucune sensation désagréable du fait du corps étranger.

Les photographies que je vous présente à l'appui ont été faites dans de mauvaises conditions, en hiver, dans mon cabinet; elles

donnent cependant une idée suffisante du résultat obtenu, et qui est bien meilleur maintenant, car la cicatrice est encore très apparente sur des photographies faites seulement au bout de deux mois.

Présentations de malades.

Cholédocotomie rétroduodénale.

M. Rochard. — Messieurs, j'ai l'honneur de présenter une malade sur laquelle j'ai pratiqué une *cholédocotomie rétroduodénale.* Voici le calcul et l'observation :

S..., quarante-quatre ans, journalière, entre à l'hôpital, pour coliques hépatiques et ictère.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Deux enfants avant trente ans, pas de colique hépatique.

Antécédents personnels. — Malade depuis août 1901 (1re crise), prise subitement de coliques ayant tous les caractères de coliques hépatiques cette crise dure huit jours.

Quoique souffrant toujours du flanc droit travaille à nouveau pendant trois semaines.

En novembre (2e crise), durée huit jours environ.

A la suite les selles commencent à se décolorer.

A partir de ce moment la malade présente des alternatives de douleurs et des rémissions pendant lesquelles elle peut travailler encore. Jusque là légère jaunisse qui disparaissait ou augmentait suivant les crises de coliques.

L'ictère n'apparait d'une façon bien nette qu'en janvier à la suite d'une crise de colique très violente, les selles à ce moment sont complètement décolorées.

Deux nouvelles crises très intenses se déclarent encore en février et au commencement de mars.

Entre à l'hôpital le 26 mars, service de M. Gombault.

A l'examen : Foie gras, la surface est lisse sans bosselures.

Rate presque normale. Rien dans le reste du tube digestif. Selles complètement décolorées.

Ictère intense : réaction des sels biliaires dans l'urine est des plus nettes. Un peu d'albumine, pas de sucre.

Pas de température anormale.

Traitement : huile d'olive, lait, bouillon.

Le 7 et le 16 mai deux attaques de coliques hépatiques, à la suite desquelles la température monte à 38°4 et 38°5.

M. Gombault constate les jours suivants un souffle d'insuffisance tricuspidienne. A ce moment la matité hépatique est de 12 centimètres la matité splénique de 9 cent. 5.

Passage en chirurgie le 24 mai 1902.

Du 24 au 30, température anormale. Ictère intense. Selles décolorées.

Le palper permet de sentir dans l'hypochondre droit une petite tumeur peu douloureuse et très profonde.

Opération le 31 mai. — Incision de 10 centimètres le long du bord externe du grand droit.

On tombe sur la vésicule de volume normal. Sa face inférieure est bridée par de nombreuses adhérences dont la libération est pénible.

On agrandit l'incision par section transversale du grand droit. Le palper permet de constater dans la portion rétroduodénale du cholédoque le calcul.

Incision et extirpation difficile.

Drainage. La cavité est garantie en outre par deux mèches de gaze aseptique.

Suture du droit et de la plaie.

Suites normales; au sixième jour les selles sont colorées, la bile a repris son cours ordinaire.

Prolapsus du rectum. Recto-coccypexie et myorraphie des releveurs de l'anus.

M. Gérard-Marchant. — Je vous présente, en mon nom et au nom de mon ancien interne, Lenormant, prosecteur à la Faculté, une malade que nous avons opérée dans mon service de Boucicaut et dont voici l'observation :

Femme de quarante ans, sans antécédents bien notables. Elle aurait eu de la diarrhée dans l'enfance, jamais de constipation.

Bien réglée, elle a eu deux enfants, il y a seize et quatorze ans; après sa seconde couche, elle s'est levée dès le troisième jour.

L'affection actuelle a débuté il y a trois ou quatre ans et a évolué d'une façon progressive. Le rectum sort pendant la marche, au moindre effort et même, depuis quelque temps, quand la malade est simplement debout; le prolapsus atteint son maximum pendant la défécation. Léger écoulement rectal muco-purulent; la malade aurait eu quelques rectorrhagies très peu marquées.

Examen. — Bon état général. — Ventre gros, flasque. Pas de hernie.

Cystocèle et rectocèle vaginales. Le périnée, très faible, a moins de 1 centimètre d'étendue entre l'anus et la vulve, bombe au moindre effort.

Anus béant, perméable à trois ou quatre doigts; sphincter très relâché, à peine contractile; ampoule rectale large et flasque.

Quand la malade pousse, issue progressive d'un prolapsus rectal du volume du poing, plus volumineux en arrière, plissé transversalement, sans ulcération de la muqueuse. Dès que cesse l'effort, réduction spontanée.

Opération, le 24 juin 1902 (Narcose à l'éther. Position dorso-sacrée, avec le siège très relevé sur une pile de coussins) :

1° Je pratique d'abord la *Rectococcypexie* par mon procédé : incision longitudinale découvrant la face postérieure du rectum; section du coccyx. Plissement transversal et vertical de l'ampoule par trois catguts de chaque côté, puis fixation par les mêmes fils au bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques et au tissu fibreux précoccygien. Réunion de la plaie cutanée au crin de Florence; les fils les plus antérieurs plissent le sphincter et diminuent le calibre de l'anus, Drainage.

2° A ce moment, il reste à soutenir la partie antérieure du rectum et à reconstituer le périnée; je passe alors la main à Lenormant, qui pratique la *myorraphie des releveurs de l'anus*. Incision transversale préanale, convexe en avant, allant d'une tubérosité ischiatique à l'autre. La circonférence antérieure de l'anus est attirée en bas avec une pince tire-balles et la commissure vulvaire postérieure est érignée en haut; on décolle, avec le doigt et avec la pointe des ciseaux mousses, les parois des deux organes; ce temps de l'opération est rendu un peu délicat par la minceur de ces parois. Le décollement terminé, on voit et on sent de chaque côté le bord interne des releveurs, tendus comme une corde des bords latéraux du vagin au rectum; on les suture l'un à l'autre par trois points de catgut; le plancher pelvien est ainsi fermé entre les deux viscères. Reste la plaie superficielle, primitivement transversale, devenue antéro-postérieure par la traction des pinces; après hémostase, on la suture avec de forts crins de Florence prenant une large épaisseur de tissus; pour allonger la distance qui sépare l'anus de la vulve, on oriente cette ligne de réunion dans le sens antéro-postérieur.

Suites opératoires bonnes, malgré une suppuration légère et superficielle de la plaie postérieure, qui se tarit après quelques jours.

Le drain et une partie des fils sont enlevés au bout de quatre jours; le reste des fils le huitième jour.

La malade est constipée jusqu'au douzième jour, puis purgée et lavementée.

Elle commence à se lever le 19 juillet.

Actuellement, le prolapsus ne s'est pas reproduit : quand la malade pousse, on reconnaît que le rectum est bien soutenu en arrière et en avant; dans les efforts on constate seulement, sur une des faces latérales, qu'un bourrelet muqueux tend à faire hernie (si ce très léger prolapsus muqueux augmentait, il faudrait y faire des cautérisations ou le réséquer). — En introduisant un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin, on peut pincer un corps périnéal assez épais et résistant.

L'idée de pratiquer la suture des releveurs de l'anus en avant du rectum pour reconstituer le plancher pelvien devenu insuffisant est une idée récente. En particulier, il ne semble pas, d'après nos traités classiques, qu'une intervention de ce genre ait été jamais exécutée, ni même proposée, pour la cure radicale des

hernies périnéales, et les auteurs qui en ont indiqué la technique lui considèrent comme indications des prolapsus génitaux ou rectaux.

C'est Ziegenspeck qui paraît avoir eu le premier l'idée d'appliquer cette myorraphie au traitement du prolapsus utérin. Dans une communication au Congrès des naturalistes et médecins allemands, à Munich, le 20 septembre 1899 (1), il a décrit le procédé employé par lui, procédé dont voici les temps essentiels : incision transversale, longeant la circonférence postérieure de la vulve, à l'union de la peau et de la muqueuse vaginale; puis dédoublement de la cloison recto-vaginale avec un instrument mousse; la paroi vaginale postérieure ainsi isolée est alors fendue longitudinalement avec des ciseaux et on obtient ainsi une incision en T; les deux lèvres de la plaie vaginale sont suturées l'une à l'autre, en prenant toute l'épaisseur de la paroi de l'organe, de façon à former un épais bourrelet saillant dans le vagin ; reste la plaie périnéale, losangique à grand axe transversal, qu'on réunit en adossant largement les surfaces cruentées, soit par des catguts perdus, soit par des fils d'argent prenant toute l'épaisseur des tissus. Mais, ajoute Ziegenspeck, *ce qui fait l'originalité et la valeur de l'opération, c'est la myorraphie des releveurs de l'anus*, exécutée au moyen de deux points séparés au catgut fort : « Déjà pendant le dédoublement de la cloison recto-vaginale, on peut voir le repli tendineux saillant formé par chaque muscle à quelques centimètres au dehors de la vulve; en les tendant avec le doigt on peut exagérer leur relief. » Il est donc facile de les suturer et c'est là une condition capitale de succès, comme le démontre une des observations de l'auteur : une femme, opérée par ce procédé, eut dans les jours suivants des vomissements répétés qui firent lâcher la suture du muscle; le prolapsus génital se reproduisit, bien que la suture vaginale ait tenu. Toutes les autres opérations de Ziegenspeck donnèrent d'excellents résultats.

Il n'a pas été publié de nouvelle tentative de ce genre, mais dans un ouvrage récent, Küstner recommande la suture des releveurs comme complément de la colporraphie postérieure (2).

L'insuffisance du diaphragme pelvien jouant le même rôle dans le prolapsus rectal que dans le prolapsus génital, la myorraphie des releveurs s'adresse à l'un comme à l'autre. Napalkoff (de Moscou) est le seul chirurgien jusqu'à présent à avoir proposé cette opération dans la cure des prolapsus du rectum, et il en a

(1) Communication analysée par son auteur dans le *Centralblatt für Gynækologie*, n° 41, 14 octobre 1899, p. 1251.

(2) Otto Küstner. *Kurzes Lehrbuch der Gynækologie*, p. 127, 1901.

donné une bonne description d'après ses essais cadavériques au premier congrès des chirurgiens russes, à Moscou, en 1900 (1); mais, à ce moment du moins, il n'avait pas eu l'occasion d'essayer son procédé sur le vivant. Le chirurgien russe fait, à 1 centimètre en avant de l'anus, une incision curviligne qui, évitant le bulbe en avant et le rectum en arrière, découvre la face inférieure des releveurs et la fente qui les sépare sur la ligne médiane; au cas où on trouverait une vraie hernie prérectale, il est alors facile d'en faire la cure radicale : résection du sac et fermeture du péritoine par une suture. Puis, pour refaire un plancher solide, Napalkoff commence par plisser chacun des muscles dans le sens antéro-postérieur par un point de suture qui les raccourcit, les tasse et augmente leur épaisseur; puis, il ferme complètement la fente médiane en suturant l'un à l'autre les bords internes des deux releveurs.

C'est là une opération simple, facile et sans danger et elle paraît devoir donner une reconstitution solide de ce diaphragme rectal qui est, anatomiquement, un des éléments capitaux, sinon le plus puissant dans la fixation normale du rectum.

L'un de nous a répété cette opération un assez grand nombre de fois sur le cadavre et elle lui a toujours paru d'une exécution facile. En relevant beaucoup le siège du sujet, en employant par exemple la *position périnéale inversée* de Proust, on peut, comme chez notre opérée de Boucicaut, faire la rectopexie et la suture des releveurs sans changer la situation du patient. L'incision prérectale, arquée en avant, allant d'une tubérosité ischiatique à l'autre, donne beaucoup de jour et permet d'arriver sans hémorragie notable sur le muscle à suturer. L'isolement de la paroi antérieure du rectum n'offre guère de difficulté : il faut, dès le début, faire rétracter fortement l'anus en arrière avec une pince; chez la femme on mettra également une pince sur la commissure vulvaire postérieure qui sera attirée en avant, mais ici, le dédoublement de la cloison recto-vaginale peut être plus délicat, surtout chez les sujets qui, comme notre opérée, ont un périnée très court et très rudimentaire; il faut alors prendre quelques précautions pour éviter la déchirure de l'une ou l'autre des muqueuses. Ce premier temps opératoire, fort analogue au début d'une extirpation périnéale du rectum ou d'une prostatectomie périnéale, est facile si l'on sait où trouver les deux seules adhérences antérieures du rectum, l'une toute superficielle, au niveau du centre périnéal, là où le sphincter externe, le bulbo-caverneux et le transverse superficiel entre-croisent leurs fibres; l'autre un peu plus haut, là

(1) Communication publiée dans *La Chirurgie*, n° 50, février 1901.

où un faisceau de fibres lisses (muscle prérectal de Henle) fait adhérer la connexité antérieure du rectum périnéal au bord postérieur du diaphragme uro-génital. Ces deux adhérences détruites, le doigt décolle facilement la paroi antérieure du rectum jusqu'au cul-de-sac péritonéal et il suffit de tirer l'intestin en arrière pour voir de chaque côté la saillie de bord interne du releveur tendue des bords de la prostate ou du vagin au rectum.

Ces bords bien isolés sont suturés l'un à l'autre par un surjet ou des points séparés de catgut ; la suture antéro-postérieure, de tassement, telle que la préconise Napalkoff, nous paraît inutile : ce qu'il importe essentiellement, c'est de supprimer la fente médiane intermédiaire aux organes génitaux et au rectum, qui compromettait la solidité du plancher. Reste alors à fermer la plaie périnéale ; on le fera avantageusement par quelques fils d'argent passés avec l'aiguille d'Emmet et prenant tous les tissus superficiels ; chez les femmes à périnée court, on pourra être tenté de suturer en long cette plaie transversale pour augmenter la distance séparant la fourchette de l'anus, comme nous l'avons fait chez notre malade. Avec une hémostase complète, tout drainage est inutile.

Nous ne voulons pas discuter ici la valeur de la suture des releveurs dans le traitement des prolapsus génitaux, mais nous croyons que c'est un procédé fort utile, remplissant une des indications les plus nettes du traitement du prolapsus rectal. Si l'on admet, avec Ludloff, que tout prolapsus rectal a pour cause une hernie périnéale primitive, c'est même là le seul traitement rationnel, pathogénique de cette affection. Sans aller aussi loin et en laissant toute théorie de côté, il est indiscutable que la reconstitution du périnée, et spécialement du périnée antérieur qui donne au canal anal son obliquité normale en bas et en arrière, est une condition indispensable au succès de toutes les tentatives opératoires. C'est cette reconstitution du périnée qu'ont cherché à réaliser Schwartz, Duret, en faisant des rectopérinéorraphies, mais on peut reprocher aux procédés employés par ces chirurgiens de laisser une suture intrarectale exposée à l'infection. Cette reconstitution est réalisée par la myorraphie des releveurs d'une façon qu'on peut dire anatomique, puisque ces muscles forment normalement la seule fermeture inférieure du bassin dans la région rectale ; l'opération a de plus les avantages de ne mettre à aucun moment la plaie en communication avec le rectum et de respecter le sphincter. Elle est spécialement indiquée quand il y a, comme chez notre opérée, coexistence de prolapsus rectal et de rectocèle.

La myorraphie des releveurs peut être employée seule dans

quelques cas spéciaux où l'insuffisance du périnée prérectal paraîtra surtout en cause. Le plus souvent elle nous paraît avoir son indication comme complément d'un des procédés de fixation haute de l'intestin, rectopexie ou colopexie. On a reproché à la recto-coccy-pexie de laisser sans soutien la paroi antérieure du rectum; nous croyons qu'en la combinant à l'opération de Napalkoff on évitera cet inconvénient et on remplira une indication capitale dans le traitement opératoire de tout prolapsus rectal ou génital, la reconstitution aussi anatomique que possible du périnée, c'est-à-dire du moyen de soutien essentiel de tous les viscères pelviens.

M. Henri Hartmann. — A l'appui de ce que vient de nous dire M. Gérard Marchant, je vous rappellerai que lorsque, dans une périnéorraphie chez la femme, on suture l'un à l'autre les deux muscles releveurs après dédoublement du périnée, on obtient un corps périnéal épais et résistant, plus solide que par les autres procédés de périnéorraphie.

M. Delbet. — Dans toutes les périnéorraphies, je vais chercher les deux releveurs et je les suture de façon à réunir leur bord interne sur la ligne médiane. Chez les vieilles femmes, je fais même ces sutures au fil d'argent.

M. Potherat. — Je fais toujours, moi-même, cette réunion des fibres du releveur de l'anus, dans l'espace inter-vagino-rectal, après incision prérectale, et cela depuis plusieurs années. J'emploie pour cela des fils de catgut que j'abandonne dans l'épaisseur des tissus. Je reconstitue ensuite le périnée par-dessus à la manière d'Emmet, et j'obtiens toujours ainsi un véritable et solide corps périnéal.

M. Gérard-Marchant. — Tout ces faits-là sont connus; mais c'est la première fois qu'on a fait cette opération pour un prolapsus rectal.

Autoplasties.

1° Brûlures graves de la face et de la main.

M. Jalaguier. — Cette jeune fille (Alexandrine Marie), âgée de quatorze ans et demi, est tombée dans le feu à l'âge de dix mois. Elle est entrée dans mon service au mois de janvier dernier pour un ectropion presque complet de la lèvre inférieure et une rétrac-

tion cicatrielle des doigts de la main droite. La paume était remplie d'un tissu cicatriciel calleux commençant au-dessus du poignet et attirant concentriquement tous les doigts.

Le petit doigt était fusionné avec la paume de la main. Le pouce attiré en dedans ne pouvait s'écarter de l'éminence hypothénar et sa seconde phalange était luxée en dehors. L'annulaire, le médius et l'index étaient fléchis au maximum dans leurs articulations métacarpo-phalangiennes. Les articulations phalangiennes, surtout celles de l'index, avaient conservé une faible partie du mouvement d'extension.

Vous pouvez juger de la gravité de la déformation d'après ce moulage qui indique le maximum possible d'ouverture palmaire.

Première opération le 10 février 1902. Mobilisation et redressement des doigts par section et excision du tissu cicatriciel palmaire. Il résulte de cette manœuvre une vaste plaie occupant toute la largeur de la paume et s'étendant de la racine des doigts à 7 centimètres au-dessus du poignet.

Cette perte de substance a été comblée par un lambeau, pris au-dessous du sein gauche *méthode italienne*. Comme vous le voyez, le résultat est très satisfaisant. Si la main et les doigts n'ont pas repris un aspect absolument correct, cela tient à l'ancienneté des déformations, mais la fonction est devenue presque normale.

Deuxième opération, 7 mars 1902. — L'ectropion de la lèvre inférieure qui donnait au visage une expression hideuse a été corrigé d'abord par section et mobilisation des tissus cicatriciels; puis la surface cruentée a été comblée par un lambeau emprunté aux régions sus et sous-hyoïdiennes gauches. Vous pouvez voir que cette autoplastie *méthode indienne* a donné un très bon résultat. La bouche reste maintenant fermée et quand la jeune fille parle ou rit, sa lèvre inférieure ne se retourne plus.

2° *Oblitération des narines par cicatrice vicieuse consécutive à une ulcération survenue après la rougeole.*

Alphonsine D..., cinq ans et demi. Rougeole au mois de septembre 1901. Pendant la convalescence, ulcération sur la lèvre supérieure et autour des narines. Rétraction cicatricielle rapide et oblitération complète. Le 22 octobre 1901, le Dr Rignier, de Sommevoire (Haute-Marne), ouvrit au thermocautère les narines obstruées et plaça à demeure pendant dix jours, des drains de caoutchouc pour maintenir les orifices. L'enfant quitta l'hôpital le quatorzième jour, respirant librement par le nez. (Communication

du Dr Rignier.) D'après les parents, l'oblitération était redevenue complète à la fin de décembre.

L'enfant entra dans mon service le 7 avril 1902. Le moule que je vous présente vous permettra d'apprécier l'aspect et la nature de l'oblitération, qui n'était pas seulement marginale, mais remontait de plusieurs millimètres dans l'intérieur de la narine, ainsi que l'on pouvait s'en convaincre en faisant fermer la bouche à l'enfant et en lui disant de souffler comme pour se moucher.

Première opération le 12 mai. Narine gauche : 1er temps, pénétration dans la fosse nasale, en taillant un petit lambeau quadrilatère aux dépens du tissu cicatriciel naso-labial ; détachement complet de l'aile du nez, application de la face cruentée du petit lambeau sur la face interne saignante de la narine. Suture au fil de catgut.

2e temps : Taille d'un lambeau quadrilatère à pédicule inférieur sur la région de l'apophyse montante du maxillaire. Mobilisation de ce lambeau et suture de ses bords, d'une part à la muqueuse du plancher de la fosse nasale et de la partie inférieure de la cloison, d'autre part à la sous-cloison et à la peau de la lèvre sur la ligne d'incision faite pour détacher le petit lambeau cicatriciel.

3e temps : Rapprochement par des sutures transversales des bords de la plaie résultant de la taille et de l'abaissement du lambeau génien. Suture très exacte de la partie postérieure de l'aile du nez dans l'angle inférieur de cette plaie.

Ainsi s'est trouvée constituée une large ouverture formée de peau sur tout son pourtour.

Le résultat s'étant maintenu très bon pour cette narine gauche, j'ai appliqué le même procédé à la *narine droite* le 30 juin, cinquante jours après la première opération.

Vous pouvez constater que si le nez n'est pas d'une pureté de lignes irréprochable, il n'en a pas moins le mérite d'être muni d'une paire de narines très convenables et fonctionnant à souhait. Du reste, la déformation, qui consiste surtout dans l'élargissement du nez et l'ascension de la partie postérieure de la narine, va s'atténuant de jour en jour.

Je n'ai trouvé décrit nulle part un procédé semblable à celui que j'ai employé. D'ailleurs il semble que l'oblitération complète des deux narines soit un fait rare. Si vous connaissez d'autres observations, je vous serai reconnaissant de me les indiquer.

M. Nélaton. — Je trouve le résultat présenté par M. Jalaguier superbe, parce que je ne connais rien de plus difficile que de faire des narines et de les maintenir ouvertes. Refaire un squelette nasal

n'est rien rien à côté de la réfection des narines. Je m'y suis essayé ; six semaines après les narines étaient refermées.

Blépharoplastie par la méthode italienne.

M. Rochard présente, au nom de M. Berger, un malade auquel il a fait une blépharoplastie par la méthode italienne. Les paupières ont été suturées pendant onze mois. Le résultat est très bon.

Diagnostic précoce du mal de Pott.

M. Toubert. — Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie est intéressant uniquement au point de vue du diagnostic : il est, selon toute vraisemblance, atteint d'un mal de Pott tout à fait à son début.

C'est un jeune soldat, très énergique, assez vigoureux, qui a fait régulièrement tout son service, pénible parfois, de cavalier du train des équipages. Il est entré à l'hôpital dans mon service avec le diagnostic de rétention d'urine incomplète datant de quatre semaines environ. Cet homme n'a que deux mictions par vingt-quatre heures; elles sont difficiles, exigent la position accroupie et vident incomplètement la vessie. Le cathétérisme, pratiqué à l'hôpital à plusieurs reprises, démontre que la contractilité de la paroi vésicale est presque nulle : par la sonde l'urine sort en bavant, même quand le malade fait effort.

L'examen de l'appareil génito-urinaire ayant prouvé que ce sujet était un « faux urinaire », mon attention s'est portée sur la moelle épinière, dont j'ai pratiqué l'examen clinique avec le concours éclairé de mon camarade Dopter.

Au point de vue de la motricité, rien à noter, sauf la parésie vésicale. Pas de troubles de la défécation, pas de gêne des mouvements des membres inférieurs. Au point de vue de la sensibilité, pas d'anesthésie ou d'hyperesthésie, uniquement des douleurs spontanées assez vives, périombilicales. Comme le malade en a souffert surtout après une période de diarrhée, il les qualifie de coliques ; mais un examen attentif fait reconnaître que ces douleurs partent, sinon du rachis, du moins des flancs, au dessous de la naissance des fausses côtes.

C'est l'étude des réflexes tendineux qui donne les résultats les plus intéressants. Le réflexe patellaire est exagéré. Le phénomène

du pied est très net : la tension brusque du tendon d'Achille détermine, sinon la trépidation épileptoïde à grandes oscillations, du moins deux ou trois petites secousses très nettes. Enfin le chatouillement de la plante du pied provoque l'extension forcée et l'écartement en éventail des orteils.

Cette exagération des réflexes révèle manifestement une atteinte de la moelle. Or, on sait (et M. Delbet a insisté sur ce point dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu) que l'ensemble de ces signes a la plus grande valeur pour le diagnostic précoce du mal de Pott.

L'examen du rachis est absolument négatif, pour le moment du moins, chez ce malade. Pas de déformation, pas de point osseux douloureux à la pression sur place ou à distance. Pas de raideur des articulations vertébrales ; pas de contracture musculaire de défense ; enfin pas d'abcès par congestion perceptible au palper abdominal. La ponction lombaire a donné un résultat négatif.

Le diagnostic actuel sera donc non pas un diagnostic de certitude, mais simplement un diagnostic de probabilité. Toutefois, comme ce malade n'a été soumis à aucune infection ou intoxication pouvant donner lieu à des phénomènes médullaires, comme il ne présente pas de stigmates d'hystérie, comme enfin on trouve dans sa famille un oncle et un frère morts l'un de tuberculose pulmonaire, l'autre de méningite, le diagnostic de mal de Pott est le plus probable.

Il est rare que les malades se présentent au chirurgien à cette période de début, et c'est à ce point de vue que j'ai cru intéressant de vous soumettre ce cas.

M. PIERRE DELBET. — Le malade que nous présente M. Toubert m'intéresse tout particulièrement, car j'ai fait autrefois, sur des cas analogues, des leçons qui ont été publiées sous le titre de *Diagnostic précoce du mal de Pott.*

Je ne puis faire ici l'examen extemporané des réflexes. Je prends les symptômes tels qu'ils nous ont été exposés : parésie vésicale, exagération des réflexes dans le membre inférieur. Je suis d'avis qu'avec ces seuls symptômes, M. Toubert a raison de poser le diagnostic de mal de Pott.

Il est trop tard pour que je puisse développer les raisons de cette opinion. Je crois avoir établi, dans les leçons auxquelles j'ai fait allusion, que cet ensemble symptomatique ne peut être dû qu'au mal de Pott, ou plus exactement, à la pachyméningite tuberculeuse. J'ai pu, en m'appuyant sur l'exagération des réflexes, faire le diagnostic de mal de Pott chez un malade qui se plaignait uniquement d'éprouver une certaine gêne pour porter sa cuiller

à sa bouche. J'ai vu d'autres cas du même genre ; j'en ai suivi et j'ai vu le diagnostic se confirmer par l'évolution.

M. Kirmisson. — J'admets, avec M. Delbet, que nous devons nous appliquer à faire le diagnostic de mal de Pott avant que la lésion se traduise d'une façon évidente par une déformation vertébrale. Mais, j'avoue que chez le malade actuel, en l'absence de toute déformation vertébrale, avec l'intégrité absolue de la motilité du rachis, il me paraît impossible de faire le diagnostic de mal de Pott, c'est-à-dire de tuberculose osseuse du rachis. J'engage donc M. Toubert à faire faire la radiographie du rachis ; et, puisque le malade est soumis à l'autorité militaire, qu'il veuille bien le suivre. Il nous le présentera de nouveau dans trois mois. Si l'évolution du mal démontre que je me suis trompé, je suis tout prêt à reconnaître mon erreur.

M. Pierre Delbet. — Ce sont là des diagnostics qui se font par élimination. Cet ensemble de symptômes, parésie avec exagération des réflexes, ne peut être dû qu'au mal de Pott. Il serait plus exact, je le répète, de dire pachyméningite tuberculeuse, mais, au point de vue pratique, c'est presque la même chose, car il est bien rare que la pachyméningite tuberculeuse n'ait pas un petit point d'ostéite pour origine. Aucune myélite ne donne lieu à ce syndrome. Les néoplasmes ne le produisent guère non plus. C'est pour cela que, lorsqu'on le rencontre, on est autorisé à penser à la tuberculose méningo-vertébrale.

M. Monod. — A-t-on fait l'examen au point de vue de l'hystérie.

M. Toubert. — Je l'ai fait faire par mon camarade Dopter, spécialement compétent en neuropathologie.

Présentations de pièces.

Sarcome du rein à cellules fusiformes,

M. Lucien Picqué. — Il s'agit d'une dame âgée de quarante-cinq ans environ, et souffrant depuis quelques années de la région lombaire droite. A été soignée par plusieurs médecins qui ont méconnu la lésion ou l'ont soignée pour un rein mobile.

A beaucoup maigri depuis quelque temps.

A l'examen, on constate dans la fosse iliaque droite une énorme tumeur, qui se prolonge jusque dans la région rénale. Sa consis-

tance paraît dure et sa surface ne semble présenter aucune bosselure. Pas d'hématurie.

M. Picqué établit le diagnostic de cancer du rein et propose une néphrectomie qui est acceptée par la malade.

M. Luys a l'amabilité de pratiquer au préalable la séparation des urines à l'aide de son instrument, dont le maniement est très simple et a donné dans le cas particulier d'excellents résultats.

Je dois à la vérité de dire que M. Cathelin a fait dans mon service plusieurs séparations d'urine et que son instrument très ingénieux est d'un emploi également très facile.

L'analyse pratiquée par M. Carrion a donné le résultat suivant :

Rein gauche, urée par litre, 11 gr. 52; albumine, quantité notable;
Rein droit (cancer), urée par litre, 2 gr. 56 ; pas d'albumine;
Vessie, urée par litre, 20 gr. 49.
Albumine, traces.

La néphrectomie a pu dès lors être pratiquée chez les Dames Augustines le 22 juin 1902 dans de bonnes conditions : malheureusement il existait au niveau du hile du rein de nombreux ganglions dont quelques-uns très adhérents ont du être abandonnés dans la plaie.

La malade est aujourd'hui guérie opératoirement.

Un nouvel examen d'urine a été pratiqué par M. Carrion le 6 juillet et a donné le résultat suivant.

Urée par litre, 16 gr. 13;
Chlorures, 3 gr. 45.
Albumine, traces très faibles.

Examen de la pièce, pratiqué par M. le Dr Dagonet au Pavillon de chirurgie de l'asile clinique.

La tumeur est formée de deux masses inégales :

La plus petite située à la partie externe, est allongée, son extrémité inférieure libre et allongée, mesure 8 centimètres dans son diamètre vertical et 4 centimètres dans son diamètre transversal. Elle rappelle le rein quant à sa forme.

L'autre beaucoup plus volumineuse, arrondie et bosselée se confond avec l'extrémité supérieure et la partie interne de la précédente. Elle mesure une circonférence de 30 centimètres et sa partie inférieure sectionnée présente un diamètre de 10 centimètres environ.

A la coupe on constate que la première masse est constituée par le rein atteint d'hydronéphrose.

Les substances parenchymateuse et médullaire sont atrophiées et n'offrent qu'une épaisseur de 1 centimètre.

Les parties centrales sont formées par plusieurs poches étroites

à grand diamètre vertical communiquant entre elles et avec l'uretère.

L'autre masse arrondie et volumineuse, qui part de l'extrémité supérieure et du hile du rein constitue la tumeur; son tissu est blanc et rosé à la coupe; elle contient dans son centre une cavité anfractueuse à parois sanguinolentes.

Diagnostic histologique pratiqué sur une parcelle de la tumeur : Les coupes se dissocient en lambeaux ; en effet, les éléments cancéreux se trouvent limités par de longs tractus fibreux formant le stroma, entre les faisceaux desquels on remarque des trainées de petites cellules rondes inflammatoires. Les grandes alvéoles sont remplies par du sang provenant d'hémorragies ou par des cellules polymorphes ou arrondies, se colorant d'une manière diffuse. A d'autres places, on voyait de larges bandes de cellules fusiformes, à protoplasma abondant et dont les noyaux se coloraient vivement. Ces cellules devenaient plus petites et prenaient une direction parallèle vers la périphérie de la tumeur.

Il s'agit donc d'un sarcome du rein à cellules fusiformes.

Rein gauche tuberculeux enlevé chez une jeune fille par voie lombaire.

M. Carlier (de Lille). — Présentation d'un rein gauche tuberculeux, bourré de cavernes, enlevé chez une jeune fille de dix-neuf ans par la voie lombaire. Résultat bon. Comme le rein droit était très augmenté de volume, M. Carlier eut recours à la division des urines au moyen de l'appareil diviseur de M. Luys. L'appareil fonctionna très bien, on eut des urines absolument limpides à droite, et franchement troubles à gauche.

Calcul du rein droit enlevé par la néphrotomie lombaire.

M. Carlier (de Lille). — Présentation d'un calcul du rein droit enlevé par la néphrotomie lombaire à une femme de quarante-six ans. Guérison.

Les urines étaient sanglantes; bien que le diagnostic de notre malade fût aisé, on fit la division des urines au moyen de l'appareil diviseur de Luys, qui donna des urines sanglantes à droite, limpides à gauche. Malgré l'infection du rein, on fit la suture totale du rein opéré sans aucune suite fâcheuse.

Calcul enlevé par la taille hypogastrique de la vessie.

M. Carlier (de Lille) présente un volumineux calcul enlevé par la taille hypogastrique de la vessie d'un enfant de quatorze ans. Le malade est aujourd'hui guéri. Une radiographie très belle, due à M. le Dr Bédart, montre très nettement le calcul. Cette netteté tient à ce que le calcul, presque entièrement urique, avait une chemise phosphatique qui a arrêté les rayons.

Résultat éloigné de prostatectomie périnéale.

M. Henri Hartmann. — La prostatectomie périnéale étant actuellement à l'étude, il m'a paru intéressant de vous présenter les pièces provenant d'un malade chez lequel j'ai pratiqué il y a un certain temps une énucléation intra-glandulaire de la prostate pour une rétention avec fièvre persistante malgré la sonde à demeure. Le malade était guéri depuis un certain temps et vidait spontanément sa vessie lorsqu'il a succombé à des accidents cardiaques. Comme vous pouvez le voir, la seule particularité que présente la pièce est une dilatation notable de la portion de l'urètre, qui autrefois correspondait à la prostate.

M. Legueu. — C'est pour éviter cette cavité que je réséque une partie de la muqueuse prostatique.

M. Reymond. — Occlusion intestinale due à un calcul biliaire datant de cinq jours. Laparotomie. Entérotomie. Fermeture de l'abdomen. Guérison. — *Renvoyé à une Commission, M. Walther, rapporteur.*

Le Secrétaire annuel,
P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux derniers mois.

2°. — Un travail offert à la Société de Chirurgie, par le Dr V. Deneffe (de Gand). — Ce travail est intitulé : *Le spéculum de la matrice à travers les âges.*

A l'occasion du procès-verbal.

Diagnostic précoce du mal de Pott.

M. Toubert. — J'aurais voulu pouvoir présenter aujourd'hui à la Société de Chirurgie le malade que j'ai soumis à son examen dans la séance du 30 juillet. Mais l'état général de ce malade ne m'a pas permis de prolonger son séjour dans le milieu hospitalier, où il s'amaigrissait et dépérissait, et je l'ai envoyé, il y a trois semaines, en convalescence dans sa famille. J'aurai l'occasion de l'examiner à nouveau dans un ou deux mois et j'espère alors pouvoir le présenter à la Société de Chirurgie. Je me bornerai aujourd'hui à donner la suite de son observation en quelques mots.

Dans les premières semaines d'août, le malade a éprouvé des douleurs assez vives, spontanées, dont le point de départ était nettement la région lombaire : cette douleur s'accentuait dans le mouvement appelé par le malade « flexion du rein en arrière ». En même temps le patient accusait une sensation de maladresse dans les membres inférieurs et une tendance marquée à la fatigue rapide, après une promenade même courte dans le jardin de l'hôpital, et surtout après l'ascension du troisième étage où était sa salle. A la fin d'août, la rétention d'urine a été remplacée par de la pollakiurie, qui obligeait le malade à se lever à la hâte au moins deux fois pendant la nuit : il n'y a pas eu d'incontinence à

proprement parler. Au commencement du mois de septembre, la pollakiurie a fait place à de la rétention, d'abord complète, puis incomplète.

En même temps ont apparu quelques douleurs dans les membres inférieurs, surtout à gauche, à la face postérieure de la cuisse. Les douleurs en ceinture ont augmenté, réveillant parfois le malade pendant la nuit.

Les réflexes (réflexe patellaire et phénomène du pied) sont exagérés, surtout pour le membre inférieur gauche ; le réflexe cutané plantaire (signe de Babinski) est manifeste des deux côtés ; le réflexe des orteils à la pression est moins net.

Enfin, à l'exploration directe, on trouve de la douleur à la pression sur les apophyses épineuses des 2e et 3e vertèbres lombaires : la flexion, l'extension et la rotation du rachis sont douloureuses, mais cependant assez faciles.

Le diagnostic de pachyméningite tuberculeuse, auquel s'était rallié M. Delbet, se confirme donc. C'est l'évolution de la maladie qui seule permettra de savoir si cette affection est essentielle ou si elle représente (ce qui est très probable) un syndrome concomitant sinon précurseur de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du rachis, c'est-à-dire du mal de Pott au sens originel du mot, tel que l'a spécifié M. Kirmisson.

La radiographie du rachis a été faite à deux reprises et avec grand soin ; mais les vertèbres lombaires se détachent si mal sur le fond du cliché que l'interprétation ne permet aucune conclusion.

Rapports.

Sur une série de cas de grossesse extra-utérine,
par M. Edgard Chevalier, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Peu avant les vacances, notre distingué collègue des hôpitaux, Edgard Chevalier, vous a présenté une pièce très intéressante de grossesse extra-utérine avec fœtus, et vous a lu une note dans laquelle il vous a relaté quelques faits de sa pratique hospitalière. Vous m'avez prié de vous présenter un rapport sur ces cas.

Voici d'abord le résumé succinct de ces faits :

Premier cas. — *Grossesse tubaire rompue. Inondation péritonéale. Laparotomie. Guérison.*

Le 2 février 1902, M. E. Chevalier est appelé vers midi, pendant son service de garde à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. L. Championnière, pour une malade atteinte d'hémorragie intra-périto-

néale grave. L'histoire clinique est la suivante (notes dues à l'obligeance de M. Theuveny, interne du service).

L... B..., vingt et un ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Jusqu'en octobre 1901, elle a toujours été bien réglée. A partir d'octobre 1901, les règles n'ont plus reparu. Au bout de deux mois, elle est allée consulter à la Maternité, où le diagnostic n'a pu être posé. A la fin de janvier 1902, elle est examinée à la Pitié sans résultat.

Le 1er février 1902, à une heure de l'après-midi, la malade est prise brusquement de douleurs abdominales avec syncope, et présente le type cataclysmique habituel des ruptures de grossesse ectopique. Pas de pertes sanguines par l'utérus. A six heures du soir, elle entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe. Température, 37°6; pouls, 80.

Des applications de glace sont faites sur le ventre.

Le 2 février au matin, la température est 36°5 ; pouls, 140.

Le ventre est un peu tendu, il y a des douleurs abdominales vagues. Pâleur de la face. Lipothymies.

Lorsque M. E. Chevalier arrive près de la malade, il la trouve exsangue. Le pouls est très petit, presque incomptable. La malade a toute sa connaissance, quoique très faible. Le ventre est ballonné, mais le météorisme n'est pas excessif. La région iléo-hypogastrique droite est sensible avec un peu de défense de la paroi.

Le toucher vaginal pratiqué par M. Leroux, interne de garde, est négatif.

M. E. Chevalier fait le diagnostic de grossesse ectopique rompue avec inondation péritonéale : il propose une intervention immédiate qui est acceptée par la malade. L'anesthésie chloroformique est pratiquée par M. Leroux, interne de garde. Pendant la narcose, injection d'éther et de sérum artificiel.

Laparotomie médiane sous-ombilicale avec l'aide de M. Theuveny.

A l'incision du péritoine, il s'écoule une quantité considérable de sang liquide.

M. E. Chevalier arrive facilement sur l'utérus qui est un peu augmenté de volume. Les annexes gauches sont saines : à droite, notre collègue tombe sur un fœtus de 3 mois et demi à 4 mois, libre dans le ventre, mais rattaché par un cordon ombilical de 12 à 15 centimètres aux annexes droites. Le fœtus est facilement énucléable ; un clamp permet de détacher en bloc le fœtus, la poche tubaire, l'ovaire droit.

Ligature en chaîne. Evacuation du péritoine de tout le sang qu'il contient. Drainage et suture de la paroi. L'opération a duré vingt minutes à peine.

La pièce qui vous a été présentée comprend le fœtus d'environ 3 mois et demi à 4 mois, relié par un cordon de 12 à 15 centimètres à une poche largement ouverte d'où l'on voit sortir le placenta, et dont l'enveloppe externe est formée par le segment externe de la trompe.

Les suites ont été très simples : la malade a été soutenue par les injections de sérum et le champagne.

Le 4 février, le drainage a été enlevé et remplacé par une simple mèche.

Le 5 février, expulsion d'une caduque utérine.

Au quatorzième jour, la malade était guérie.

Deuxième cas. — *Grossesse tubaire rompue. Inondation péritonéale. Laparotomie latérale. Guérison.*

K..., vingt-sept ans, entre le 17 septembre 1901 dans le service de M. Bazy, suppléé par M. Chevalier.

Histoire clinique rédigée d'après les notes de M. Mouchotte, interne du service.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Nullipare. Le 5 juillet 1901, règles normales; en août, l'époque vient à manquer. Vers le 12 août, métrorragie sans caillots se prolongeant pendant plusieurs jours. Le 22, la malade présente dans la région lombaire des douleurs intermittentes, qui se prolongent jusqu'au 31. A ce moment, la malade prend un purgatif et perd quelques caillots et cet état dure jusqu'au 8 septembre.

Un médecin, craignant une fausse couche, prescrit le repos et les injections chaudes.

Le 13, il se produit des douleurs abdominales vives, lancinantes, très aiguës, siégeant au-dessus de l ombilic, et rendant tout sommeil impossible. Le lendemain, vomissement alimentaire. Douleurs abdominales très vives surtout à droite.

Le 15, les douleurs augmentent et s'accompagnent de syncopes répétées. Le 16, elle se présente à l'hôpital.

Le 17, M. Chevalier la trouve dans l'état suivant :

Température, 38°2; pouls, 132, régulier, assez bien frappé.

Ventre très ballonné. Douleur abdominale généralisée avec maximum à droite. Submatité dans les flancs. Pertes légères de liquide rosé. Teinte subictérique de la face. Facies péritonitique (yeux excavés, nez pincé). La langue reste humide. Anorexie. Soif vive. Frissons. Urines foncées, troubles, légèrement albumineuses. Au toucher, l'utérus semble augmenté de volume, mais on ne peut en percevoir le fond. Il est refoulé à droite, douloureux à la pression. Les culs-de-sac sont souples, indolores. Le col est complètement fermé.

Les forces de la malade sont soutenues par des injections de

sérum (1.500 grammes), de caféïne. Champagne à l'intérieur. Application de glace. Température le soir, 38°2 ; pouls, 140. Oxygène pendant la nuit.

Le 18 septembre, la malade se trouve mieux. Température, 38°; pouls, 128. Pas de céphalée. Pas de vomissement. Il y a absence de selles. La douleur paraît localisée à droite.

En l'absence de renseignements précis, M. Chevalier pense à une collection suppurée d'origine appendiculaire et pratique l'incision de Roux. Il s'écoule une notable quantité de sang liquide.

L'incision est alors agrandie et notre collègue tombe sur un amas de caillots noirâtres qu'il enlève avec la main. Au milieu d'eux, il trouve en liberté un fœtus de 4 centimètres.

Le gros intestin est refoulé en haut; en bas, au centre d'anses intestinales très vascularisées, se trouve une masse du volume d'une mandarine, constituée par le placenta et la poche ovulaire, adhérente à une anse intestinale dont la séreuse se détache en partie.

Drainage dans l'angle inférieur de la plaie (deux drains et une mèche de gaze stérilisée).

Les suites sont relativement simples; le 19 septembre, expulsion d'une caduque utérine. Le 20 octobre, la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

TROISIÈME CAS. — *Grossesse tubaire rompue. Inondation péritonéale. Laparotomie. Guérison.*

X..., trente-six ans, multipare, entrée le 1er août 1899 dans le service de M. Routier, à l'hôpital Necker, suppléé par M. Chevalier.

Retard de règles le 23 juin suivi de pertes sanglantes continues depuis le 28 avec caillot.

La malade se croit enceinte. Les seins sont augmentés de volume, il y a des troubles digestifs avec vomissements, tendance aux syncopes, coliques, débâcles intestinales.

A l'examen, la malade est très anémiée, le ventre est ballonné, peu sensible, si ce n'est dans la fosse iliaque droite. L'utérus est gros, surmonté à droite d'une tumeur qui semble faire corps avec lui. Au début, M. Chevalier pense à un fibrome utérin, mais une syncope survenue le 24 août fait admettre le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

Le 29 août, laparotomie médiane; le péritoine est rempli de sang : extirpation de la trompe droite, qui est le siège de la grossesse ectopique. Ablation d'un fœtus de cinq mois et du placenta.

Le 7 septembre, il se produit une crise de néphrite infectieuse avec délire, qui cède rapidement au régime lacté. Au bout d'un mois, la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Messieurs, les cas que je viens de vous rapporter font grand

honneur à la sagacité clinique et à l'habileté opératoire de notre jeune collègue et nous ne pouvons que le féliciter de l'heureux résultat qu'il a obtenu chez ses malades.

Les cas qu'il nous rapporte appartiennent à une variété relativement rare d'hématocèle qui s'accompagne de la présence d'un fœtus. Généralement l'hémorragie se fait à une période peu avancée de la grossesse extra-utérine, et la plupart des hématocèles que nous avons l'occasion d'observer ne présentent pas de fœtus; c'est tout au plus si pour ma part j'ai eu l'occasion, dans ma pratique, d'en rencontrer plus de deux ou trois cas, et ma statistique de Bichat, qui comprend en deux ans près de vingt-cinq cas et que je dois publier prochainement, ne contient pas un seul fait d'hématocèle avec fœtus.

C'est à cette dernière variété que les classiques, il y a peu d'années encore, réservaient le nom d'hématocèle puerpérale; les travaux de Pilliet ayant démontré l'origine unique de l'hématocèle, plus n'est besoin de conserver cette distinction des hématocèles en deux classes, au moins au point de vue pathogénique.

La présence du fœtus dans une hématocèle, c'est-à-dire dans une grossesse extra-utérine de moins de quatre mois et arrêtée dans son évolution par une hémorragie ou une rupture, est le plus souvent, d'ailleurs, impossible à reconnaître.

Plusieurs de nos collègues ont insisté sur ce point dans la discussion qui a suivi le rapport que j'ai présenté en 1896 sur les cas de Potherat.

Le diagnostic de la présence du fœtus pouvait en vérité avoir quelque importance pour les chirurgiens qui préféraient, il y a peu de temps encore, la colpotomie à la laparotomie dans le traitement de l'hématocèle. Or, le nombre des partisans de la colpotomie tend à diminuer; moi-même, après avoir été franchement « colpotomiste », j'ai la plus grande tendance à adopter la laparotomie dans la majorité des cas pour des raisons que je dirai ailleurs.

Dès lors, ce diagnostic devient pour ainsi dire superflu.

Les cas présentés par notre collègue Chevalier sont des cas d'inondation péritonéale, c'est-à-dire de la complication la plus grave de la grossesse extra-utérine si l'on n'intervient pas à temps. Ces cas étaient autrefois observés rarement; c'est à peine si, au cours des dernières discussions, nos collègues pouvaient en citer quelques cas. Moi-même, j'en avais publié dans la thèse de Regnault quelques cas que je considérais à l'époque comme exceptionnels.

Or, ces cas sont devenus presque banaux aujourd'hui, tant est grande leur fréquence. En deux ans, à l'hôpital Bichat, j'en ai

recueilli de nombreux exemples; cette fréquence apparente tient évidemment à ce que ces malades sont, plus qu'autrefois, dirigés immédiatement sur les services de chirurgie.

Le diagnostic de cette complication est ordinairement facile à établir lorsqu'au syndrome utérin viennent se joindre les signes de l'hémorragie utérine. Il en a été ainsi dans le premier et le troisième cas de M. Chevalier.

Parfois, le diagnostic est délicat; dans le deuxième cas, les renseignements faisaient en partie défaut; il y avait de la température, une localisation douloureuse à droite, si bien que notre collègue pensa à une appendicite aiguë. Heureusement que M. Chevalier n'est pas systématiquement opposé à l'intervention dans les formes aiguës de l'appendicite. Il intervint, reconnut son erreur et guérit sa malade.

Je veux encore dire quelques mots du moment et du mode d'intervention. M. Chevalier est intervenu de suite et il a bien fait. Pourquoi attendre, comme quelques-uns le conseillent encore? Il y a hémorragie; un ou plusieurs vaisseaux sont ouverts. Il faut faire l'hémostase le plus rapidement possible si l'on veut sauver la malade.

Quant au mode d'intervention, la laparotomie seule convient dans ces cas, quand le diagnostic est posé : il ne saurait y avoir à cet égard la moindre hésitation.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à M. Chevalier et de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

De la greffe hydatique obtenue par l'inoculation de scolex,
par M. F. Dévé, médecin des hôpitaux de Rouen.

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, c'est sur mes conseils que notre très distingué confrère le Dr Dévé, dont j'avais pu à maintes reprises apprécier les qualités scientifiques, lors de son internat à l'hôpital Bichat, est venu vous présenter son intéressante étude. Je ne puis que me féliciter de cette initiative en me rappelant l'attention bienveillante que vous avez portée à cette lecture et je me fais un véritable plaisir aujourd'hui de vous présenter le rapport dont vous m'avez chargé.

M. Dévé vous a présenté une pièce expérimentale obtenue par l'inoculation au lapin de capsules proligères et de scolex échinococciques, et l'intérêt de cette présentation réside en ce qu'elle se rapporte à la question des greffes hydatiques discutée il y a

deux ans dans cette Société, et qu'elle aboutit d'autre part à des conséquences prophylactiques intéressantes à connaître pour le chirurgien.

Dans l'expérience en question il est bon de noter qu'il ne s'agit pas d'une greffe d'hydatides, de cette greffe de vésicules-filles que des expériences nombreuses de Lebedeff et Andreef, de Stadnitsky, de Riemann, de Gourine ont bien démontrée et que tous les chirurgiens admettent aujourd'hui (1).

Mais il s'agit de la greffe des microscopiques scolex, de ces éléments impalpables qui constituent la poussière blanche que l'on voit flotter au fond d'un ballon ou d'un tube contenant le liquide hydatique, et dont M. Dévé nous a apporté un échantillon.

L'auteur a pratiqué chez un lapin deux inoculations de scolex, l'une dans le péritoine à la pipette, après laparotomie, l'autre dans le thorax du côté droit, en injectant avec une seringue et une aiguille à peine plus grosse que l'aiguille de Pravaz, 3 centimètres cubes de liquide hydatique contenant en suspension des scolex.

L'inoculation a été pratiquée le 23 février 1901, et l'animal est mort, le 29 avril 1902, quatorze mois après l'inoculation. Il est mort avec des accidents dyspnéiques qu'expliquent suffisamment les lésions trouvées à l'autopsie.

Il existe dans la cavité thoracique droite (celle qui a été inoculée — la gauche est saine) une volumineuse masse qui refoulait et comprimait le cœur et le poumon gauche, et qui avait supprimé presque totalement le poumon droit (dont il ne reste plus que le lobe inférieur affaissé).

Cette masse est constituée, comme vous avez pu vous en rendre compte, par un amas de kystes hydatiques, dont quelques-uns ont le volume d'une cerise et d'une noix. Ces kystes sont fertiles : l'examen microscopique a montré en effet qu'ils renferment de nombreux scolex adultes.

(1) *Lebedeff et Andreef*, 1889 (Les premiers qui aient démontré la possibilité de cette greffe); 2 cas positifs sur 2 expériences.

Stadnitsky, 1890; une expérience positive sur 15.

Riemann, 1899 (obtient 4 résultats positifs, « les vésicules filles qui tombent dans la cavité péritonéale, non seulement y restent en vie, mais encore augmentent de volume et même peuvent former des capsules proligères et des vésicules petites-filles »).

Gourine, 1900 (sur 10 lapins, obtient 2 résultats positifs, — et sur 5 moutons, 2 résultats positifs). — Les autres animaux sont morts de péritonite, ce qui démontre que les inoculations n'avaient pas été faites avec un matériel aseptique.

Dévé, 1901 : une expérience, Société de Biologie, (expérience 1), et 2 dans la note de la Société de Chirurgie : toutes positives.

Du côté de l'abdomen on trouve au niveau de la cicatrice de laparotomie des kystes logés dans l'épaisseur de la paroi abdominale et dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ils constituent, pour le dire en passant, la reproduction expérimentale parfaite des *greffes dans la cicatrice*, dont plusieurs exemples ont été rapportés à cette Société, entre autre par M. Quénu, M. Routier et M. Hartmann.

Il existait en outre des kystes dans l'épaisseur de l'épiploon — trois kystes enchâssés à la surface du foie — enfin un petit kyste dans le cul-de-sac de Douglas.

Ces dernières formations hydatiques reproduisent d'une façon presque schématique les localisations d'élection qu'affectent les *kystes secondaires de la cavité péritonéale*, consécutifs à la rupture d'un kyste du foie par exemple.

L'expérience très importante de M. Dévé démontre donc la réalité de la greffe et de la transformation kystique des petites têtes de Tænia, évolution que l'auteur, dans d'autres expériences, a pu suivre pour ainsi dire pas à pas, et qu'il a exposée dans sa thèse (1).

Jusqu'à ces dernières années, la possibilité d'une pareille métamorphose des scolex avait, comme on sait, été mise en doute, niée même, par plusieurs chirurgiens (Potherat), et aussi par d'éminents zoologistes : par Davaine, par Moniez, par Blanchard, en France; par Braun, en Allemagne. Elle est aujourd'hui définitivement établie et cette expérience en est une nouvelle démonstration (2).

C'est à Alexinsky que revient l'honneur d'en avoir, le premier, donné la preuve expérimentale : en 1897, il présentait à la

(1) Dévé, Société de Biologie, 2 février 1901 : « Greffes échinococciques ».
Id., 16 mars 1901 : « Transformation des scolex en kystes échinococciques ».
Id., 26 janvier 1902 : « Les 2 cycles évolutifs du parasite échinococcique ».
Id., 10 mai 1902 : « Sur l'origine des vésicules hydatiques filles ».
Dévé, « Sur l'évolution kystique du scolex échinococcique ». Archives de Parasitologie, 1902, VI.
Dévé. *Thèse* inaugurale, juillet 1901.

(2) Le processus de la transformation kystique du scolex avait été indiqué d'une façon vague par Bremser (1819), affirmé et précisé par Naunyn, en 1862, accepté par Leuckhart, en 1880; par contre nié formellement par Davaine (1877), Moniez (1896), mis en doute par Blanchard (1889), par Braun (1900).

Par contre cette transformation a été démontrée par quelques faits cliniques dans lesquels on a vu la récidive survenir, bien que le kyste ne renfermât pas de vésicules filles (cas de Büdinger, par exemple). Les récidives hydatiques dans la cicatrice, dans le tissu cellulaire sous-cutané (cas de Routier et Hartmann, de Quénu, de Tuffier) sont aussi *bien vraisemblablement* dues à la greffe des scolex (éléments microscopiques, pratiquement invisibles), car il est peu admissible que des vésicules filles d'un certain volume aient échappé à l'attention du chirurgien dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Société de chirurgie russe une pièce analogue à celle que vous a présentée M. Dévé (1).

Ainsi les vésicules-filles ne doivent plus désormais être considérées comme les seuls éléments qui, répandus hors du kyste au cours de l'opération, ou qui persistant encore dans la poche, dans la plaie, après l'opération, puissent donner naissance à de nouveaux kystes hydatiques. Il importe à l'avenir de tenir compte aussi des microscopiques scolex, auxquels on n'avait pas attaché jusqu'ici assez d'importance.

Dans la deuxième partie du travail qu'il vous a communiqué, M. Dévé nous a montré le réel intérêt qui s'attache à ces études en envisageant le point de vue prophylactique.

Dans une note à la Société de Biologie et dans sa thèse, M. Dévé a proposé, afin d'éviter la *greffe hydatique post-opératoire*, de *tuer les germes hydatiques dans le kyste*, avant l'ouverture large, par une *injection parasiticide préalable*. Il a récemment communiqué à la Société de Biologie les résultats d'expériences qu'il a entreprises à ce point de vue, — je vous demande la permission en raison de leur intérêt de vous les rapporter très brièvement.

M. Dévé a étudié l'action parasiticide du *sublimé* et du *formol* : d'une part sur les *vésicules filles* et d'autre part sur les *scolex* (2).

Dans une première série d'expériences il a utilisé les hydatides provenant de kystes du foie opérés par notre collègue M. Walther.

A un premier lapin, animal *témoin*, il a déposé dans le péritoine 8 vésicules-filles intactes.

Un deuxième et un troisième lapins ont reçu des vésicules laissées 2 minutes et demi dans une solution de formol à 1 p. 200.

Un quatrième lapin a reçu des vésicules laissées 2 minutes en contact avec la liqueur de Van Swieten. L'autopsie de ces animaux, faite après un temps variable, a montré :

(1) *Résumé des faits expérimentaux* :

Alexinsky, 1898, sur 7 expériences a obtenu 4 résultats positifs par l'inoculation de scolex. Il a présenté les pièces expérimentales d'une de ses expériences (exp. 7) à la Société de Chirurgie russe le 14 octobre 1897.

Alexinsky a pu voir en outre que les kystes obtenus par l'inoculation des scolex deviennent fertiles comme les autres.

— 3 expériences négatives, de *Riemann*, 1899;

— 3 expériences négatives, de *Milian*, 1901 (*in* thèse Dévé).

Dévé, 1901 (Communication à la Société de Biologie, 2 février, 16 mars 1901); *Thèse* (juillet 1901); sur 32 expériences, 23 ont été positives.

Enfin, expérience de quatorze mois de durée, rapportée à la Société de Chirurgie, dans la séance de ce jour.

(2) Expériences de Chauffard et Widal (1891), qui ont montré que le sublimé traversait facilement la paroi des vésicules filles : fait sur lequel ils avaient déjà insisté (*Soc. méd. des Hôp.*, 17 avril 1891).

Chez l'animal témoin, 5 des vésicules (sur 8), tendues, transparentes, greffées dans l'épiploon et le bassin.

Tandis que chez les trois autres lapins, toutes les vésicules étaient affaissées, opaques, avec un contenu complètement dégénéré (ainsi que le montrait le microscope).

Dans une deuxième série d'expériences, il a refait les mêmes inoculations : les vésicules provenaient d'un kyste du foie opéré par M. Mauclaire, dans mon service de l'hôpital Bichat.

A un premier lapin, il a inoculé 33 vésicules *témoins*. — A un deuxième, 26 vésicules laissées 2 minutes dans le sublimé. — Enfin à deux autres lapins, respectivement 24 et 14 vésicules laissées 2 minutes dans le formol.

L'autopsie de ces animaux a montré que 27 des vésicules témoins (sur 33) étaient transparentes, vivantes et s'étaient greffées.

Tandis que dans les trois autres expériences les vésicules — sublimées ou formolées — étaient toutes affaissées, opaques, présentant un contenu dégénéré — mortes; en un mot.

En ce qui concerne les scolex, des expériences antérieures avaient montré à M Dévé que le sublimé à 1 p. 1000 tuait ces germes *in vitro*, après un contact de 2 minutes.

Or, dans une expérience récente, il a utilisé le formol à 1 p. 200; un lapin a reçu deux inoculations sous-cutanées de scolex *témoins*. Il a reçu d'autre part une troisième inoculation sous-cutanée des mêmes germes laissés préalablement 2 minutes et demi en contact avec le formol.

L'autopsie, faite au bout de 2 mois, a montré dans les deux amas de germes témoins des deux scolex en évolution kystique et de petits kystes parfaitement développés. — Par contre, l'amas de germes formolés ne contenait que des scolex morts, sans une seule formation kystique.

Les résultats de ces diverses expériences sont donc très nets. Sans doute le nombre en est encore trop restreint pour autoriser des conclusions absolues ; de nouvelles recherches sont assurément nécessaires pour que soit établie, d'une façon définitive, l'action des divers parasiticides sur les germes hydatiques.

Il m'a semblé cependant que les résultats expérimentaux obtenus par M. Dévé méritaient de retenir pendant quelques instants votre attention et je vous demande la permission de vous rappeler les conclusions de son intéressante communication.

1° Les scolex (germes spécifiques microscopiques) peuvent, de même que les vésicules-filles (éléments macroscopiques), donner naissance à de nouveaux kystes hydatiques.

2° Il importe par suite — les faits cliniques et expérimentaux

le démontrent — d'éviter, au cours des interventions sanglantes sur les kystes hydatiques, la dissémination hors de la poche, et la persistance à l'intérieur de la poche, des germes spécifiques divers contenus dans la vésicule parasitaire.

3° Expérimentalement, un contact de 2 minutes à 2 minutes et demi avec une solution de sublimé à 1 p. 100 ou de formol à 1 p. 200 paraît détruire la vitalité des germes hydatiques.

4° Enfin, pratiquement, une injection parasiticide préalable — de liqueur de Van Swieten ou mieux de formol à 1 p. 200 — faite dans le kyste (après laparotomie) et laissée 2 à 3 minutes en contact avec le contenu de la vésicule mère semblerait devoir permettre de prévenir la greffe hydatique et d'éviter l'échinococcose secondaire post-opératoire.

Je vous propose, messieurs, de remercier *notre jeune confrère*, M. Dévé, de nous avoir communiqué les importantes recherches qu'il a entreprises sur un sujet qui nous intéresse tout particulièrement, et de nous tenir au courant des résultats nouveaux qu'il pourra obtenir ultérieurement.

Sur les calculs de la vessie chez les enfants malgaches de la race Hova, par M. Fontoynont, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École de médecine indigène de Tananarive.

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, M. Fontoynont, professeur à l'École de médecine de Tananarive, vient de nous envoyer une nouvelle observation de calcul de la vessie, et vous m'avez prié de vous présenter un rapport sur ce cas.

Voici d'abord le résumé de cette observation :

Rafiringa, enfant de sept ans, du sexe masculin, chétif, miséreux, cachectique, de race hova, entre à l'hôpital indigène central de Tananarive, dans le service de M. Fontoynont, parce que depuis trois ans il souffre en urinant. La première année l'enfant souffrait peu ; mais depuis deux ans les douleurs ont augmenté et l'enfant a remarqué qu'elles s'exagèrent par le mouvement. Il reste maintenant couché. Depuis six mois les douleurs sont devenues intolérables ; chaque miction s'accompagne d'un prolapsus du rectum, il y a évacuation involontaire des matières fécales.

A chaque miction le jet d'urine est interrompu. Les urines sont purulentes. Par le toucher rectal on perçoit l'existence d'un corps ovalaire dur mobile et de grande dimension. Le cathétérisme est difficile et douloureux, l'explorateur bute immédiatement contre le calcul qui par son volume empêche l'accès de la vessie.

La taille hypogastrique amène un calcul de 69 grammes que je vous présente et qui remplit presque en totalité la vessie. L'extraction a été difficile et a nécessité l'incision de toute la partie sous-péritonéale de la face antérieure de la vessie.

Réunion partielle : un double drain est placé à l'angle inférieur de la plaie. Suites opératoires excellentes. Au 15e jour la plaie abdominale est complètement guérie.

Une escarre sacrée étendue a néanmoins inquiété notre confrère pendant quelques jours.

Si j'ai tenu, Messieurs, à vous résumer un cas de pratique courante, c'est qu'il se rattache à la question des calculs vésicaux dans la race Hova. Il semble, en effet, que les calculs de la vessie soient particulièrement fréquents chez les enfants hovas. Déjà notre confrère avait insisté sur ce fait dans une note adressée l'an dernier à la Société de chirurgie et analysée par notre collègue Potherat.

Depuis cette époque M. Fontoynont a observé 17 cas de calcul, dont 15 chez des garçons et deux chez des filles.

Voici le tableau de ces cas :

Raketamara, fille, 4 ans. Taille vaginale. Poids du calcul, 40 grammes.

Ralainoro,	garçon,	11 ans	Taille hypogastrique.	Un calcul,	45 gr.
Inairo,	—	8 ans	—	—	15 gr. 60
Ilita,	—	10 ans	—	—	50 gr.
Nairo,	—	9 ans	—	—	25 gr.
Imaro,	—	10 ans	—	—	20 gr.
Rajaouah,	—	13 ans	—	—	42 gr. 50
Rambelo,	—	12 ans	—	—	22 gr.
Boto,	—	18 mois. . . .	—	—	2 gr.
			Longueur du calcul.	0m02	centimètres.
			Circonférence. . . .	0m04	—
Paoli,	—	13 ans	Taille hypogastrique.	Un calcul,	35 gr.
Lita,	—	2 ans	(Calcul enclavé à l'urètre, débridement).	Poids du calcul,	5 gr.
Rakato,	garçon,	9 ans . .	Taille hypogastrique.	Un calcul,	15 gr.
Ratoro,	—	12 ans . .	—	—	35 gr.
Ratsimba,	—	4 ans . .	—	Deux calculs.	4 gr. ; 4 gr. 50
Rasolo,	—	4 ans . .	—	Un calcul,	13 gr.
Rafirinza, (Observation ci-dessus).	—	8 ans . .	—	—	69 gr. 50

Raketamanga, fille, 5 ans. Taille vaginale. Un calcul, 30 grammes.

Comme on le voit par le tableau précédent les calculs atteignent en général un volume considérable, ce qui tient à la frayeur de ces peuplades encore primitives pour tout ce qui concerne les interventions chirurgicales et au retard qu'elles mettent à recourir au chirurgien.

Sur ces dix-sept interventions comprenant 14 tailles hypogas-

triques, deux tailles vaginales et un débridement de l'urètre nous avons en tout deux décès et cela parmi les tailles hypogastriques.

L'un, Ralainoro, garçon de onze ans, était porteur d'un calcul de 45 grammes, au dernier degré de la cachexie, sans que l'on pût dire quelle part revenait au calcul et quelle part au paludisme chronique. Il s'est éteint deux jours après l'opération sans réactions inflammatoires.

L'autre, Hita, garçon de dix ans, porteur d'un gros calcul de 50 grammes, est mort de péritonite généralisée. M. Fontoynont a appris que malgré sa défense son interne (Malgache) qui l'aidait avait touché du pus peu de temps avant l'opération.

L'un d'eux, Inairo, garçon de huit ans, avait déjà été opéré dix-huit mois auparavant pour un premier calcul enlevé cette première fois également par taille hypogastrique, et son frère, plus jeune de deux ans avait subi également l'année dernière quelques semaines après une taille hypogastrique pour un volumineux calcul.

Dans tous ces cas le diagnostic a pu être fait par le toucher rectal. Le catéthérisme n'a fait que le confirmer. Dans un cas même le toucher rectal a pu seul permettre d'affirmer la présence d'un calcul que dénotaient les signes cliniques.

Une deuxième observation vous a été envoyée également par M. Fontoynont. En voici le texte :

Enfoncement du crâne sans fracture. Epilepsie jacksonnienne immédiate. Trépanation.

Rafaelo, enfant hova, garçon d'un peu plus de quatre ans, bien constitué, tomba à la renverse d'une hauteur d'environ quatre mètres, en jouant sur un talus, vers 9 heures du matin. La tête porta la première sur le sol et y rencontra une grosse pierre arrondie.

L'enfant aussitôt relevé, les parents remarquèrent qu'il n'avait aucune plaie, mais que le côté gauche du crâne était enfoncé et avait gardé, en quelque sorte, l'empreinte de la pierre.

Vers midi, il est transporté à l'hôpital indigène de Tananarive, où M. Fontoynont le voit lui-même dès son entrée.

Il n'y a sur aucun point du corps trace de plaies, aucune fracture. Seul, au niveau du pariétal gauche, apparaît un enfoncement très régulièrement circulaire de 8 centimètres de diamètre. Enfoncement cupulaire avec excavation maxima à son centre; centre situé lui-même très exactement sur le tracé cranien de la ligne du sillon de Rolando. Le cuir chevelu est intact. Nulle part on ne sent la moindre fissure ni au centre, ni à la périphérie. Pour se rendre un compte exact du degré d'enfoncement, après avoir rasé la région, M. Fontoynont verse la valeur d'un verre à liqueur

d'eau dans l'excavation et l'eau de ce verre y est tout entière contenue.

Les membres supérieur et inférieur droits sont le siège de mouvements épileptiques très nets, qui seraient apparus, affirment les parents, presque aussitôt après que l'enfant eut été relevé. Toutes les cinq minutes environ, le membre supérieur commence à entrer en mouvement, d'abord le pouce, puis les autres doigts, puis la main, enfin tout le bras. En même temps, mais toujours après que la main a débuté, le pied entre à son tour en mouvement et est suivi par la jambe et la cuisse. Ces secousses saccadées sont toujours plus prononcées au membre supérieur qu'au membre inférieur, elles commencent toujours par le pouce et suivent toujours le même cycle.

Ce sont les seuls symptômes observés. L'enfant a l'intelligence absolument intacte, très éveillée pour son âge. Il ne souffre aucunement.

Opération. L'après-midi, l'enfant fut opéré sous chloroforme.

Incision cutanée courbe passant par la moitié supérieure de la dépression, à sa périphérie. Le volet cutané est rabattu. Il n'existe ni fracture, ni fissure, ni fêlure en aucun point de la table externe.

Une première couronne de trépan est appliquée et M. Fontoynont essaie avec un crochet de soulever le pariétal enfoncé. Impossibilité absolue, malgré des tractions très énergiques. Trois autres couronnes de trépan sont alors appliquées et tous les ponts osseux sautent à la pince coupante, de manière à supprimer toute la partie osseuse enfoncée. Il est facile de s'assurer sur les différents fragments d'os qu'aucune fracture n'existait à la table interne.

Incision de la dure-mère, pour être certain qu'il n'y a aucun épanchement sous-dure-mérien. Puis suture du périoste et de la peau, de façon à réparer la brèche très profonde ainsi faite.

L'épilepsie jacksonnienne cesse aussitôt l'opération et depuis n'a jamais reparu. L'enfant sort guéri huit jours après l'opération. L'enfant a été revu, il y a quelques jours, six mois et demi après l'intervention; l'os est en grande partie reconstitué. La réparation s'est faite d'une manière très régulière, de telle sorte qu'à l'heure actuelle il n'existe plus qu'une brèche de la dimension d'une pièce de un franc, au niveau de laquelle, en appuyant le doigt, on sent très nettement les pulsations du cerveau.

Cette observation mérite de retenir quelques instants votre attention :

1° Les enfoncements simples du crâne ne sont pas très communs. C'est toujours chez des enfants qu'on les observe; car il n'y a que chez eux que l'élasticité des os du crâne est assez

grand pour en permettre la production. On en trouve d'ailleurs quelques cas dans la littérature.

Wolkmann cite un enfant de six mois qui fait une chute dans l'escalier : la moitié postérieure du pariétal gauche devient aussi concave qu'elle est normalement convexe.

Chipault rapporte le cas d'un enfant de quinze ans, chez lequel la dépression pouvait contenir, jusqu'à la première articulation, les cinq doigts réunis, et datait du jeune âge.

Le fait de M. Fontoynont, relatif à un sujet de quatre ans, prouve d'ailleurs que cette lésion peut se produire à un âge plus avancé.

Enfin, chez ces jeunes sujets, la réparation de la brèche se fait très rapidement. En six mois dans le fait que je vous présente la perte de substance s'était réduite de 8 centimètres de diamètre à 2 centimètres.

Je veux insister en terminant sur l'importance qu'il y a à intervenir hâtivement, pour les moindres enfoncements de la voûte cranienne, même quand il n'existe pas de troubles fonctionnels.

J'ai eu récemment l'occasion dans une communication faite au Congrès de Grenoble en collaboration avec le Dr Marie (médecin en chef des asiles), d'insister sur l'importance de ces traumatismes même légers, dans la production des troubles intellectuels tardifs.

Admise autrefois peut-être trop facilement par les médecins du milieu du siècle dernier, cette notion du traumatisme avait été reléguée définitivement au deuxième plan depuis les beaux travaux de M. Charcot et de ses élèves.

Cette notion mérite cependant de sortir de l'oubli devant les nombreux faits qui ont été publiés dans ces dernières années et dont il nous a été permis d'observer quelques-uns dans ces derniers temps.

Duret déjà autrefois, dans ses belles études, avait insisté sur les lésions histologiques qui se produisent dans la trame cérébrale sous l'influence des traumatismes craniens. Il y a dans ces travaux des notions utiles à retenir dans les indications opératoires à poser à la suite des traumatismes craniens.

Messieurs, le nom de M. Fontoynont ne doit pas être oublié de vous ; interne des hôpitaux de Paris, il y a peu de temps encore, notre jeune confrère n'a pas craint de mettre son talent et son activité au service de la France et de la civilisation dans une colonie qui nous est chère et d'apporter à des tribus encore primitives les bienfaits de la chirurgie contemporaine.

Professeur à l'Ecole de médecine indigène il propage vos idées et vos tendances scientifiques parmi les jeunes étudiants malgaches.

D'ici peu et grâce à son dévouement notre colonie contiendra

nombre de médecins indigènes, dont la pratique sera le reflet de la chirurgie parisienne.

Je vous demande donc de récompenser ses efforts et de l'encourager dans la voie toute patriotique où il s'est engagé, en l'inscrivant au bon rang sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

Sur un travail intitulé : *Recherches sur l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle*, par M. le Dr Henri Girard, professeur à l'École de médecine navale de Toulon,

Rapport par M. LE DENTU.

Le chlorure d'éthyle, appelé aussi kélène dans ces derniers temps, dont Mérat et Delens avaient déjà signalé les propriétés anesthésiques dès 1831, n'a cependant conquis d'une manière définitive la place à laquelle il avait droit, parmi les substances capables de déterminer l'anesthésie générale, que depuis peu d'années. Les expériences déjà démonstratives de Flourens, en 1851, les conclusions de la Commission anglaise des anesthésiques publiées en 1877, un travail de Guéneau de Mussy, paru en 1885, les premiers essais de Richardson sur l'homme, dès 1877, n'avaient pas secoué l'indifférence des chirurgiens. Il fallut que le hasard s'en mêlât. En 1894, Carlson, dentiste à Gœtenberg, endort sans le vouloir des sujets auxquels il se proposait simplement d'anesthésier des dents. Thiesing, Billeter, Girès, entre autres, vulgarisent cette découverte. Son application passe du domaine de l'art dentaire dans celui de la chirurgie générale, avec von Hacker d'Innsprück. Depuis lors, les observations se multiplient. D'abord, les élèves de von Hacker, puis Wiesner, Kœnig, Pollosson, Severeanu, Verneuil (de Bruxelles), Phocas, Malherbe, Guinard, communiquent d'instructives remarques relatives au nouvel anesthésique, si bien que, au moment où M. Girard vous adressait son travail, c'est-à-dire vers le mois de mars de cette année, les cas publiés d'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle seul ou associé à un autre anesthésique étaient au nombre de deux mille environ. Les publications plus récentes de Chaput, de Reboul, de Derocque, de Lepage et Le Lorier, ces derniers sur le terrain de l'obstétrique, les thèses de Le Gargam et de Turcan (Paris, 1902, nos 487 et 494), n'ont guère fait que confirmer les conclusions tirées des observations antérieures.

Je puis dire, par anticipation, que celles de M. Girard ne modifient pas sensiblement l'état de la question ; mais, en se livrant à un contrôle sévère des effets de l'anesthésique sur l'homme,

reconnus par les observateurs qui l'avaient précédé, en renouvelant sur de nombreux animaux les expériences anciennes de Flourens, celles plus récentes de Kœnig, faites à Berne en 1899, sous la direction de Dumont, et celles de Lebet, il a acquis le droit de parler en son nom personnel, en homme qui a approfondi la question et l'a envisagée sous ses diverses faces. Les deux cahiers qui accompagnent la partie synthétique de son travail témoignent de l'importance de ses recherches : l'un d'eux renferme 78 observations sur l'homme, l'autre 73 expériences sur des animaux.

La rapidité de la période pré-anesthésique, le défaut ou l'insignifiance de l'excitation musculaire, la survenue brusque de l'anesthésie, la suppression du réflexe cornéen et la dilatation de la pupille lorsque la sensibilité générale a disparu, le réveil presque instantané ne laissant ordinairement à sa suite ni céphalalgie prononcée, ni malaise sérieux, telles sont, suivant l'opinion à peu près unanime des observateurs, les caractéristiques de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle, anesthésie fugace, ne se prolongeant pas au delà de quelques secondes ou de quelques minutes, si l'on ne soumet pas le sujet à des doses successives convenablement espacées.

Il n'est jamais indifférent, lorsqu'un nouvel anesthésique fait son apparition sur la scène chirurgicale, de rechercher dans quelle mesure ses caractéristiques, admises par les premiers observateurs, sont dignes de confiance ; autrement dit, il est d'une importance indiscutable d'établir la constance ou la variabilité des signes sur lesquels on doit se fonder pour rester en deçà des limites de la tolérance.

En matière d'anesthésiques, il y a un *a priori* qui est permis, je dirai même qui s'impose : on doit supposer tout agent nouveau capable de causer de graves accidents. Quoique, pour ce qui est du chlorure d'éthyle, pas une mort ne doive vraiment lui être attribuée sur les 2.000 anesthésies dont parle M. Girard (je ne sache pas que, depuis six mois, la situation ait changé à cet égard), on doit rester en garde contre trop d'optimisme.

L'étude des stades de l'action du chlorure d'éthyle, et des signes indicateurs de l'anesthésie qui se prépare ou se complète, n'a rien perdu de son actualité par ce fait que, récemment, elle a été abordée plusieurs fois. Certaines divergences dans les opinions émises, d'ailleurs peu accentuées, appelaient, au contraire, de nouvelles recherches expérimentales ou cliniques.

Venues après celles de Flourens, de Wood, de Cerna et Ruegg, de Kœnig, de Lebet, les expériences de M. Girard, quoique instituées parfois d'une façon forcément un peu rudimentaire, en ont généralement confirmé les résultats. Suivant les espèces animales,

il y a quelques particularités à noter. D'abord le chien s'est montré peu impressionnable; Malherbe dit même ne pas avoir pu causer la mort de cet animal par les doses les plus fortes. Par contre, l'anesthésie survit au réveil pendant un certain temps. Le chat, très sensible et remarquable par le calme de la période pré-anesthésique, se signale par une excitation secondaire allant jusqu'à la fureur et aboutissant à une période prolongée d'hébétude. Le lapin se rapproche du chat par des phénomènes analogues, mais moins accentués. Le cobaye est sujet, au moment du réveil, à des contractions brusques du diaphragme causant le hoquet.

Au cours de ses expériences sur le rat, M. Girard a constaté ce qui suit : 1 centimètre cube de chlorure d'éthyle dans une cloche contenant 4 litres d'air détermine la paralysie des membres inférieurs en vingt secondes. Deux centimètres cubes sidèrent l'animal entre sept et trente secondes. Au bout d'une minute, la respiration se ralentit, puis s'arrête en même temps qu'apparaît une exophtalmie prononcée; le cœur continue à battre pendant plusieurs secondes, et même plusieurs minutes.

Sans doute, la dose employée dans cette expérience s'écarte considérablement de celle qui est administrée à l'homme, en moyenne, et qui ne dépasse pas ordinairement 5 grammes, mais elle n'en démontre pas moins, dans sa forme un peu brutale, que l'imprudence pourrait être désastreuse ici, comme dans tous les modes d'anesthésie générale. C'est, d'ailleurs, l'opinion d'un certain nombre de chirurgiens, chauds partisans quand même du chlorure d'éthyle. M. Girard a vu succomber neuf des animaux qu'il a soumis à des expériences : trois lapins, un cobaye, cinq rats; mais on ne peut vraiment rien déduire de ces résultats relativement à un danger très grand chez l'homme, car il s'agissait d'expériences poussées à l'extrême et qui montrent simplement comment meurent les animaux soumis à des doses exagérées ou à la prolongation indéfinie de l'anesthésie. Aucune surprise ne s'est produite dans le genre de la syncope chloroformique primitive. C'est la saturation qui détermine les accidents, et c'est le centre respiratoire qui est atteint le premier. Le cœur bat encore plusieurs secondes, même plusieurs minutes, après que le jeu des muscles inspirateurs s'est suspendu.

Les expériences de Flourens, de Ludwig, de Halsbacker ont révélé certaines particularités très intéressantes qu'il importe de rappeler. Le chlorure d'éthyle provoque l'inhibition immédiate du pouvoir modérateur des nerfs vagues en diminuant l'excitabilité de ces nerfs; de là, l'impossibilité ou la très grande improbabilité de la syncope cardiaque initiale. En revanche, par l'injection intraveineuse et par le lavage des cavités cardiaques au moyen de

dilutions plus ou moins concentrées de chlorure d'éthyle dans du sérum, Lebet a étudié et mis en relief son action directe sur la fibre cardiaque qui semble incontestable, mais que la saturation de l'organisme est seule capable de déterminer. Des altérations anatomiques du cœur ont été reconnues par Halsbacker. Le foie et les reins peuvent subir, de leur côté, la dégénérescence granulo-graisseuse. M. Girard a trouvé de l'albumine dans l'urine sur dix-huit lapins.

Malgré ces conséquences possibles de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle, plusieurs observateurs (je parle surtout des chirurgiens en ce moment) se sont plu à proclamer l'innocuité de cette substance. Je rappelle ce que j'ai dit plus haut : aucun anesthésique ne peut être déclaré absolument inoffensif. De celui qui s'est montré le moins dangereux, on n'a le droit de dire qu'une chose, c'est qu'il est plus facilement maniable que les autres, et c'est tout. Or, le chlorure d'éthyle semble avoir réellement droit à un brevet d'innocuité relative. La clinique et l'expérimentation en ont d'ailleurs déjà réglé l'emploi. On sait que son administration continue doit être proscrite, parce qu'elle peut causer des effets accumulatifs aboutissant à la mort brusque. Il est cependant permis d'entretenir l'anesthésie pendant quinze ou vingt minutes par des doses successives de 5 à 6 grammes chez l'adulte, données de cinq minutes en cinq minutes; mais comme des commencements de réveil interrompent fréquemment alors la résolution musculaire et l'immobilité du sujet indispensable pour certaines opérations, le chlorure d'éthyle se montre avec tous ses avantages surtout dans les opérations de courte durée, ou comme temps préliminaire des anesthésies mixtes. Inutile d'insister sur l'intérêt qu'il y a à diminuer les chances de syncope primitive avec le chloroforme, et les inconvénients des larges doses nécessaires avec l'éther.

L'anesthésie par le chlorure d'éthyle est d'autant plus régulière qu'on emploie un produit plus pur. La pureté se révèle par les mêmes signes que pour le chloroforme. D'odeur plutôt agréable, il est plus facilement accepté par les malades que le bromure d'éthyle. A la dose moyenne de 5 à 6 grammes versés sur une compresse qui doit obturer entièrement la bouche et les narines, ou dans un des nombreux masques imaginés jusqu'ici, il détermine en un temps très court (une minute et demie à deux minutes en moyenne) une anesthésie absolue qui commence par les membres inférieurs, puis gagne le tronc, les membre supérieurs, la tête, et supprime le réflexe cornéen, en même temps que la pupille se dilate plus ou moins. L'excitation musculaire manque ou se réduit à peu de chose sauf quelques rares exceptions. La résolution mus-

culaire est ordinairement obtenue soit avec la dose de 5 grammes, soit avec des doses légèrement augmentées. Sauf quelques pauses respiratoires tout à fait au début, la respiration est accélérée comme le pouls. L'irritation de la muqueuse des premières voies n'est pas à craindre. Le réveil s'opère brusquement trois ou quatre minutes au maximum après la cessation des inhalations, souvent beaucoup plus tôt, seulement après quelques secondes, d'après certains faits de M. Girard.

Cet expérimentateur a constaté des vomissements dans 39 p. 100 de ses cas, mais presque toujours causés par l'ingestion intempestive de boissons avant l'anesthésie, et peu persistants. Lotheissen en a noté 18 fois sur 170 cas, et Ludwig seulement 4 fois sur 66 narcoses. Des sueurs assez abondantes (Girard, 26 p. 100 de ses faits cliniques ou de ses expériences) apparaissent parfois vers le milieu de l'anesthésie.

Malgré ces quelques inconvénients, j'estime avec les auteurs que j'ai cités et en m'appuyant, non seulement sur les observations de M. Girard, mais encore sur les essais déjà nombreux auxquels je me suis livré dans mon service depuis quelque temps, que la vogue naissante du chlorure d'éthyle est parfaitement justifiée. Nous devons savoir gré à notre collègue de Toulon d'avoir poursuivi scientifiquement et cliniquement l'étude de cet anesthésique auquel il a consacré plusieurs mois de travail. Son mémoire longuement documenté aura certainement une place distinguée parmi les publications relatives à cette substance. Il se signale, entre autres qualités, par une ordonnance méthodique et par une grande rigueur dans l'analyse. C'est pourquoi j'ai pris plaisir à en résumer pour vous les parties les plus intéressantes.

M. Girard aspire à devenir membre correspondant de notre Société. Je me flatte de l'espoir que son consciencieux travail représentera à vos yeux un titre de premier ordre. Je vous demande, en manière de conclusion, d'en tenir grand compte lorsque le moment sera venu, et de lui adresser vos remerciements.

M. Guinard. — J'appuie absolument les conclusions de M. Le Dentu. Depuis dix-huit mois environ, je n'ai jamais cessé d'employer le chlorure d'éthyle pour l'anesthésie générale. Jamais je ne donne du chloroforme sans que le malade soit déjà anesthésié par le choréthyle. On évite ainsi une perte de temps considérable à l'hôpital — et ce qui est plus important, on arrive ainsi à ne donner que des doses extraordinairement minimes de chloroforme. Je prends la parole seulement pour dire que je suis de plus en

plus satisfait de cet anesthésique et que je n'ai encore eu, de son fait, aucun incident fâcheux.

M. Bazy. — A la suite de la communication que M. Guinard nous a faite sur l'anesthésie, j'ai employé le chlorure d'éthyle au début de l'anesthésie; j'ai, comme lui, remarqué la rapidité de l'anesthésie et en général l'absence d'excitation; j'ajoute que l'inhalation du chlorure d'éthyle est beaucoup moins désagréable, même en supprimant complètement l'air, que celle du chloroforme; il ne donne pas en effet cette sensation d'oppression et n'exerce pas cette sorte d'inhibition respiratoire que peut donner le chloroforme, même à petite dose.

M. Reynier. — Peut-on comparer l'action du chlorure d'éthyle à celle du chloroforme, en d'autres termes peut-on l'employer comme le chloroforme pour de longues opérations?

M. Berger. — En 1879-80, j'ai assisté M. Ch. Richet dans ses expériences très nombreuses sur l'anesthésie par le chlorure d'éthyle sur le chien; la conclusion formelle qui en découlait, c'est que les chiens étaient beaucoup plus résistants au chlorure d'éthyle qu'au chloroforme; les expériences étaient conduites très scientifiquement : on prenait les tracés des battements du cœur, du pouls, de la respiration et Ch. Richet avait une très grande confiance dans cet anesthésique. Je me suis fait endormir par lui dans le laboratoire de M. Hayem; j'ai le souvenir que mes collègues qui m'assistaient ont été très effrayés de la rapidité de l'anesthésie, j'en ai eu moi-même conscience. Quand je me suis réveillé, je les ai trouvés peu disposés, je ne sais pour quelle cause, à recommencer l'expérience.

Ch. Richet avait décidé son père à essayer cet anesthésique sur un malade de son service à l'Hôtel Dieu; ce malade eut une excitation tellement violente qu'il découragea le professeur Richet de poursuivre les expérieuces.

M. Guinard. — Quand on a l'excitation, c'est qu'on donne des vapeurs de chlorure d'éthyle mélangées à de l'air; pour l'éviter, il faut absolument empêcher l'arrivée de l'air et ne laisser respirer au malade que des vapeurs de chlorure d'éthyle. Il n'est pas question de comparer le chlorure d'éthyle au chloroforme; le chlorure d'éthyle ne convient qu'aux opérations de courte durée, les fissures, les fistules anales, luxations de l'épaule, etc.

M. Le Dentu. — M. Guinard vient de donner la plus grande partie de la réponse que j'aurais faite à M. Reynier; il faut une

occclusion absolue des narines et de la bouche, et on conçoit que dans ces conditions on ne puisse longtemps prolonger l'anesthésie. Au demeurant, on a fait des essais d'anesthésie prolongée et M. Girard cite des chirurgiens qui ont fait des opérations de cinquante minutes; c'est un exemple à ne pas suivre; le danger de ces anesthésies prolongées est mis en relief par les expérimentations sur les animaux qui supportent difficilement des doses accumulées sans interruption et qui même en meurent. L'anesthésie prolongée, même avec des interruptions, est dangereuse; en outre on a l'ennui des réveils du patient nécessitant l'interruption de l'opération, de sorte que l'on doit réserver le chlorure d'éthyle aux opérations de courte durée.

Je ne sais quel danger a couru M. Berger, mais il est probable qu'on lui avait mal administré le chlorure d'éthyle; quand j'étais interne de M. Richet, j'ai assisté à des essais d'anesthésie à l'éther qui ont donné de très mauvais résultats; parce qu'on ne savait pas l'administrer, et alors, au lieu d'endormir le malade, on l'excitait.

Au reste, il faut toujours, quelle que soit la technique, tenir compte du malade lui-même; il est des sujets chez lesquels, quel que soit l'anesthésique employé, on aura de l'excitation; il faut donc faire une part aux échecs. M. Girard cite, dans son travail, quatre cas sur soixante-dix-huit où il fallut cesser l'administration du chlorure d'éthyle et prendre le chloroforme.

Le chlorure d'éthyle est bien supérieur au bromure d'éthyle dont il n'a pas l'odeur désagréable, et il est du reste bien mieux supporté.

La question de dose est très importante, en général 4 à 5 grammes suffisent; chez quelques sujets, quand la résolution musculaire n'est pas atteinte, et que la pupille n'est pas trop dilatée, on peut et on doit donner des doses un peu plus élevées, et pour cela il faut avoir des appareils qui permettent de savoir exactement la quantité que l'on met sur le cornet; il faut donc se servir d'appareils gradués.

Lecture.

Sur un cas de lithiase biliaire; calcul enclavé dans le cholédoque; cholédocotomie et cholécystotomie; guérison. — Communication de M. Ardouin (de Cherbourg).

Ce travail est renvoyé à une commission : M. Guinard, rapporteur.

Présentations de pièces.

Corps étrangers du genou.

M. Bazy présente dix-neuf corps étrangers qu'il a extraits du genou d'un malade de trente-six ans qui n'avait dans ses antécédents qu'un traumatisme de ce genou il y a treize ans et une arthrite blennorragique il y a six ans.

Malgré ce traumatisme, ces corps étrangers sont évidemment une manifestation d'arthrite sèche.

Au reste, l'autre genou présente des craquements très marqués mais on n'y sent aucun épaississement de la synoviale, ni aucun corps étranger.

Le volume de ces corps étrangers varie de la grosseur d'une petite noix aplatie à celle d'une graine de chénevis. Ce qui est remarquable dans ce cas, c'est que sur cette synoviale qui est uniformément épaissie et présente quelques brides, on ne trouve pas de franges, de saillies pouvant faire supposer que ces corps étrangers se soient développés à ses dépens. Seul le cartilage diarthrodial offre une saillie en surplomb de deux ou trois millimètres de ses bords sur les condyles fémoraux ; ces bords eux-mêmes sont simplement légèrement festonnés, mais on n'y trouve aucune saillie, aucune ecchondrose, même petite, pouvant faire admettre que ces corps étrangers soient des ecchondroses détachées du cartilage ; cependant il est difficile de penser qu'elles ont une autre origine, et alors on est conduit à se demander si ces ecchondroses détachées du cartilage, toutes petites, ne seraient pas susceptibles d'augmenter de volume une fois détachées et quand elles sont libres dans l'articulation.

Calculs du rein.

M. Riche présente ces *calculs* et l'observation afférente. — — Renvoyé à une Commission : M. Bazy, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,
P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1902

Présidence de M. Delens

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Pierre Delbet qui demande un congé d'un mois, à dater du 1er octobre.

A l'occasion du procès-verbal.

Diagnostic entre la grossesse extra-utérine rompue et l'appendicite.

M. F. Legueu. — Dans son intéressant rapport sur trois observations de grossesse extra-utérine envoyées par notre collègue Chevalier, M. Picqué relatait un cas où le diagnostic de grossesse extra-utérine avait été méconnu, et où l'on avait cru à une appendicite. Cette erreur a été commise très souvent. C'est sur ce point spécial du diagnostic entre ces deux affections que je voudrais revenir, car j'ai eu deux fois l'occasion de faire pareille erreur de diagnostic.

Une première fois, je fus appelé en ville auprès d'une malade de quarante-huit ans qui, trois jours avant, en portant un fardeau, avait ressenti à droite une douleur extrêmement vive, syncopale, qui s'accentua rapidement dans la nuit suivante. En même temps, le ventre se ballonnait, la constipation devenait absolue et la température s'élevait.

Aussi, lorsque je la vis le surlendemain, en présence de la localisation douloureuse à droite, de la température à 38°5, je pensai à une appendicite, et j'opérai la malade le lendemain. J'incisai dans la fosse iliaque droite, et reconnus tout de suite l'épanchement de sang qui me força à rectifier mon diagnostic. J'allai à la recherche des trompes : c'était la trompe gauche qui était rompue. J'eus quelque peine à terminer l'opération par l'incision que j'avais faite à droite, mais j'étais dans des conditions défectueuses de milieu, et je voulais éviter, si possible, la complication d'une incision supplémentaire; j'y parvins, et la malade guérit simplement.

Une autre fois, la même année, bien qu'instruit par ce cas, je suis retombé dans la même erreur et dans des conditions à peu prés identiques. Une femme de vingt-deux ans avait été prise la veille brusquement d'une douleur tellement vive à droite, qu'elle dut quitter son travail; presque aussitôt, elle fut prise de vomissements, de syncope. Elle ne fut cependant amenée que le lendemain à l'hôpital de la Charité, où je la vis deux heures après son arrivée. Elle avait à ce moment une température de 38 degrés, le pouls à 130; elle souffrait dans tout le ventre, mais plus spécialement à droite. Elle n'avait pas eu de retard de règles, elle ne perdait pas actuellement. Je crus à une appendicite et j'incisai à droite, et aussitôt je reconnus l'erreur : il y avait du sang jusque dans l'abdomen. J'explorai la trompe droite, qui me parut saine; j'allai à la trompe gauche, mais j'eus, cette fois, quelques difficultés à l'atteindre, et je dus faire une laparotomie médiane. La trompe gauche était rompue près de son milieu, et il y avait, dans le ventre, 1 litre à 1 lit. 1/2 de sang. Après l'avoir épongé et enlevé la trompe, je refermai le ventre, et la malade guérit.

D'habitude, nous le savons, le cortège symptomatique de la grossesse tubaire rompue est assez net pour que le diagnostic s'impose : la douleur brusque, les signes de l'hémorragie interne, le pouls petit, l'abaissement de la température, le retard des règles et l'apparition d'un écoulement sanguin par le vagin, tous ces signes, lorsqu'ils sont associés, permettent de dire sans réserve qu'il y a inondation péritonéale.

Mais, dans certaines conditions, celles précisément avec lesquelles je me suis trouvé aux prises, le défaut ou la prédominance d'un symptôme peut induire en erreur.

Ainsi, l'irrégularité des règles ne permet pas toujours d'affirmer le retard pathologique; l'absence d'hémorragie extérieure éloigne l'idée d'une grossesse entravée. L'atténuation des signes d'hémorragie interne, la localisation douloureuse à droite même quand c'est la trompe gauche qui est malade, enfin la fièvre, tout cela

est bien fait pour tromper, la fièvre surtout qui existe presque toujours, ainsi qu'il a été dit ici même, au cours d'une précédente discussion. Dans ces conditions donc, on peut avoir quelques raisons d'hésiter, il y a même quelque excuse à se tromper et à croire à une appendicite qui n'existe pas.

Cependant, même dans ces cas, quelques signes méritent d'être soulignés : c'est l'absence de contracture localisée, l'absence de cette contracture de défense que provoque toujours la pression de la fosse iliaque dans l'appendicite; c'est aussi et surtout le facies de la malade, dont la pâleur contraste avec l'aspect plombé du facies appendiculaire. En même temps des syncopes, des tendances à la syncope se produisent presque toujours dans ces cas et doivent encore faire penser à une hémorragie interne.

C'est sur ces signes, syncope, pâleur de la face et absence de contracture que, récemment, j'ai pu me baser pour rectifier un diagnostic d'appendicite, et reconnaître une grossesse extra-utérine, qui fut confirmée par l'opération.

Rapport.

Prostatectomie périnéale subtotale (*Hémisection et ouverture urétrale*), par M. le Dr Robert Proust.

Rapport de M. A. GUINARD.

Dans la séance du 26 mars dernier, M. Robert Proust nous a présenté un de mes malades auquel il a enlevé la prostate. Le résultat a été parfait et le malade continue à être dans les conditions les plus satisfaisantes. La prostatectomie me paraît appelée à rendre de grands services, et à la période où nous sommes de son histoire, il est bon d'enregistrer les faits, pour pouvoir bientôt se prononcer en complète connaissance de cause sur sa valeur thérapeutique : c'est à ce titre que je résume ici l'observation de mon malade.

M. Irénée Fr..., rentier, âgé de soixante-dix ans, entre à la maison Dubois, le 10 janvier 1902, dans mon service, chambre n° 8, pour une rétention complète d'urine survenue au cours d'accidents de prostatisme.

Dans le passé urinaire de ce malade, on note une blennorragie à l'âge de trente ans. Depuis plusieurs années (huit ans environ

au dire du malade), les mictions avaient lieu trois fois la nuit, le jour toutes les trois heures. Ces mictions étaient difficiles, retardées, très difficiles lorsque le besoin n'était pas immédiatement satisfait. Elles devinrent de plus en plus laborieuses ces derniers mois. En même temps apparut un prolapsus hémorroïdaire sortant au moindre effort.

Le 8 janvier 1902, survint une rétention complète, aiguë. Cathétérisme en ville. Les deux premiers cathétérismes sont faciles, le troisième infructueux; il y eut de l'urétrorragie. Le malade est amené à la maison Dubois, où j'introduis une sonde béquille n° 17, que je laisse à demeure. L'examen de la prostate ne laisse aucun doute sur le diagnostic, et je prie mon ami M. Robert Proust de nous assister.

Les urines sont claires (il n'a jamais été sondé avant cette crise de rétention). Il n'y a pas de fièvre. Le cathétérisme de l'urètre est facilement pratiqué avec une sonde béquille n° 20; la traversée prostatique est plus longue qu'à l'état normal. La vessie se laisse facilement distendre, et nous pouvons injecter 300 gr. de liquide sans provoquer la moindre réaction. Le liquide injecté revient par la sonde en bavant, ce qui prouve que la contractilité vésicale a au moins momentanément disparu.

Le toucher rectal, après évacuation complète de la vessie, montre une prostate lisse, régulière, uniformément augmentée de volume, de consistance ferme, très saillante dans le rectum; le palper combiné permet d'évaluer son volume à celui d'une orange. Le reste de l'appareil urinaire paraît sain ; les reins ne sont ni douloureux ni perceptibles. Dans les urines, ni sucre ni albumine. Il y a un volumineux prolapsus hémorroïdaire qui gêne beaucoup le malade et ne peut être maintenu réduit.

A la face, le malade porte la cicatrice résultant de l'ablation d'un épithélioma de la paupière inférieure, il y a deux ans, avec une blépharoplastie faite par M. Nélaton. En somme, crise aiguë de rétention complète, chez un prostatique aseptique ; resterait à déterminer si avant cette crise le malade vidait ou ne vidait pas sa vessie?

Etant donné le volume de la prostate (malgré huit jours de sonde à demeure), la marche fatalement progressive de l'affection, et également la présence de ce prolapsus hémorroïdaire, M. Proust voulut bien, sur ma demande, se charger de pratiquer la prostatectomie.

L'opération eut lieu le 17 *janvier* 1902 dans mon service.

La vessie est lavée, on met une sonde en gomme dans l'urètre. Le malade est placé en position périnéale inversée; en l'absence de table spéciale, on se contente de placer un volumineux coussin

sous les tubérosités iliaques, et deux aides, en rabattant les cuisses, amènent le périnée strictement à l'horizontale.

Grande incision prérectale à 2 centimètres au-devant de l'anus, dissection du cul-de-sac du bulbe au bistouri, décollement de l'urètre et du rectum au doigt ; arrivée facile et rapide sur la face postérieure de la prostate ; on écarte les releveurs de l'anus et on place la valve postérieure. Incision de l'aponévrose prostato-péritonéale et décortication soignée de la prostate : ouverture de l'urètre au bec de la glande ; la sonde en gomme est retirée ; pose du désenclaveur prostatique. La complète libération de la prostate est alors poussée jusqu'en avant. Décollement facile. Pas d'hémorragie.

Lorsque la prostate est bien isolée, on pratique son hémisection. Ablation tout d'abord du lobe droit ; dissection de la paroi urétrale ; le lobe, friable, se fragmente, il est enlevé en trois morceaux ; un catgut est mis sur le canal déférent. Le lobe gauche est enlevé en deux fragments, le doigt mis dans l'urètre. Pas de lobe moyen. Les lobes latéraux très développés débordent fortement l'urètre en avant. En enlevant le lobe gauche, on fait une petite brèche à l'urètre. Elle est suturée.

Toilette de la plaie. Fermeture incomplète de la section urétrale et drainage cysto-périnéal avec une sonde en gomme n° 21.

On place trois mèches et on ferme incomplètement la plaie périnéale. Poids de la prostate enlevée 55 grammes. Les suites opératoires ont été bonnes, mais non sans incidents. Le malade pendant vingt-quatre heures n'eut que 250 grammes d'urine. Sérum, 1.500 grammes. Température 36°4.

18 *janvier*. — Température, 37°2. Urines, 750 grammes. Pouls bon, 80. Le malade se remonte. Le drain périnéal fonctionne bien : l'urine ne passe pas à côté du drain. Jours suivants suites normales.

Le 24 *janvier*. — On enlève le drain périnéal et les mèches. Tentative de cathétérisme urétral. Insuccès. Pose d'un nouveau drain périnéal. Hémorragie secondaire. Pouls petit. Arythmie. État du malade inquiétant pendant deux jours. Le drain périnéal fonctionne mal ; le malade se mouille, rougeur sacrée. Escharre imminente.

Le 31 *janvier*. — Changement de la sonde périnéale, elle est bien placée et donne très bien. A partir de ce moment plus une goutte d'urine ne passe à côté de la sonde.

1er *février*. — Aussi le lendemain pose d'une sonde urétrale au moyen d'un mandrin. Fonctionnement excellent. Légère élévation fébrile : lavement purgatif. Le malade n'a pas été à la garde-robe depuis son opération.

Le 5 *février*. — Changement de la sonde urétrale sur mandrin.

La plaie périnéale est en bon état.

Le 7 *février*. — Changement de sonde urétrale.

Le 9 *février*. — Changement de sonde urétrale.

Le 11 *février*. — La sonde est tombée, le malade urine spontanément, mais l'urine repasse en partie par le périnée le 13.

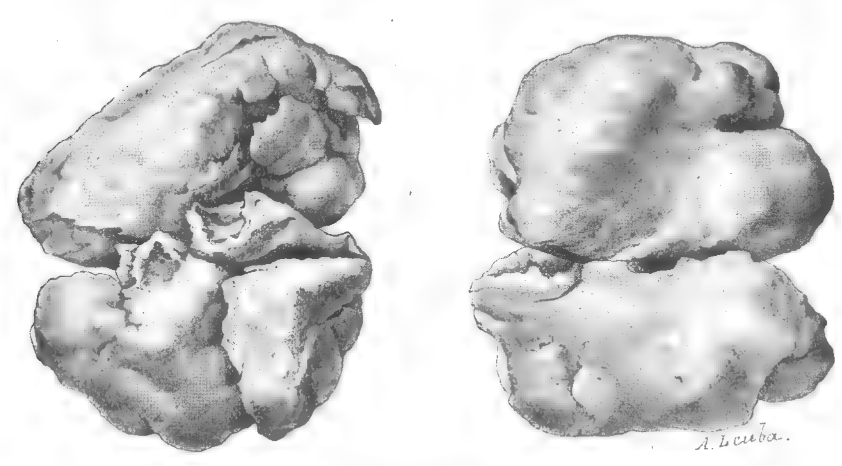
Le 14 *février*, on remet une sonde urétrale.

Le 20 *février* on la change.

Le 25 *février* on retire définitivement la sonde urétrale.

Le 28 *février*. — Le malade urine spontanément toutes les trois heures. Jet bon. Pas de résidu. De temps en temps envies impérieuses; quelques gouttes d'urine partent involontairement. La plaie périnéale est presque complètement cicatrisée. Le malade est très bien, on l'autorise à sortir le 1er.

Le 10 *mars*, le malade nous écrit que sa plaie périnéale a été complètement cicatrisée le 4 mars et qu'il se porte bien. Il urine toutes les quatre heures le jour et deux fois par nuit, mais toujours sans aucun effort.



Reproduction grandeur nature des lobes prostatiques après leur ablation (le gauche en trois fragments, le droit en deux).

Je n'ai pas de compétence spéciale pour apprécier cette intervention et j'ai laissé M. Proust diriger complètement le traitement. On sait qu'après l'observation de M. Baudet prise en 1899, dans le service de M. Quénu, c'est le mémoire de MM. Gosset et Proust qui en janvier 1900 règle pour la premiére fois en France les divers temps de la prostatectomie qui fait le sujet de la thèse de M. Proust. C'est ce qui m'a engagé à confier mon malade au bistouri de M. Proust. Je dirai que cette intervention pour un chirurgien rompu à la pratique ne m'a paru présenter aucune difficulté spéciale.

Cela explique qu'elle soit entrée si rapidement dans la pratique. Depuis le rapport de M. Tuffier ici même en octobre 1901, sur

trois observations de M. Adenot, on nous a présenté plusieurs prostates énormes, enlevées dans les mêmes conditions par MM. Bazy, Legueu, etc. Sauf pour le malade de M. Bazy, nous n'avons eu aucun renseignement sur les suites opératoires. Pour ce cas particulier, ce qui m'a paru intéressant, c'est que vous avez pu voir ici le malade lui-même avec sa prostate à la main.

Je n'ai que peu de choses à ajouter. Un premier point semble admis par tous, dès maintenant, c'est que les résultats de cette opération sont excellents. Quant au procédé opératoire, il est bien réglé, mais il semble susceptible d'être encore modifié et simplifié. La position de l'opéré est capitale, mais à défaut de table spéciale, nous avons pu pour mon malade, avec des coussins, avoir un périné bien horizontal. La décortication minutieuse de la prostate est importante : en la séparant bien des parois de sa loge on n'a que très peu d'hémorragie. Enfin l'hémisection de la prostate avec ouverture de l'urètre prostatique, permet de repérer les deux tranches et de disséquer le tissu prostatique au ras des parois urétrales sans s'exposer à les taillader. Il semble à première vue qu'il serait plus logique de ne pas ouvrir l'urètre ; les suites de l'opération sont des plus simples malgré cette ouverture urétrale et la guérison se fait correctement sans fistule; en outre, il est plus sûr pendant la dissection d'avoir bien sous les yeux l'intérieur du canal prostatique. Ce canal est souvent en pareil cas une véritable poche irrégulière dans son calibre, et un cathéter ne suffirait pas toujours à la bien repérer. En sorte que le plus sûr moyen de respecter les parois de ce canal, c'est de l'ouvrir franchement pour donner de la sécurité à la dissection.

J'ai été frappé de voir disparaître aussi complètement sans laisser de trace un énorme bourrelet hémorroïdaire qui gênait considérablement le malade.

Ce fait vient en série au début de l'histoire de la prostatectomie qui semble, on peut le dire dès maintenant, une opération d'avenir, pour les prostates qui atteignent un gros volume et pèsent 50 grammes et plus. Je vous propose d'adresser des remerciements à M. Proust dont les travaux ont largement contribué à régler cette opération.

M. Routier. — Très désireux de me faire une opinion sur la valeur de la prostatectomie, je regrette que M. Guinard n'ait pas donné plus de détails sur les suites de l'opération qui fait l'objet de son rapport. Je ne puis m'empêcher de lui faire observer que le malade avant l'opération n'urinait que deux ou trois fois la nuit et quatre ou cinq fois dans la journée; c'était donc un prostatique à ses débuts. Il serait désirable de connaître le béné-

fice qu'il a retiré de son opération; car il en était à sa première crise de rétention, et nous savons tous que la vessie dans ces conditions peut très bien reprendre ses fonctions après un nombre plus ou moins grand de cathétérismes.

J'ai, pour ma part, observé un grand nombre de malades qui, après une et deux crises de rétention, ont récupéré parfaitement leurs fonctions urinaires sans qu'il ait été besoin de recourir à une opération quelconque.

La prostatectomie a beau être bénigne, il me semble qu'elle ne doit être appliquée qu'aux cas graves de rétention.

M. Bazy. — L'observation de M. Routier me paraît très judicieuse : en effet, il ne suffit pas de constater une hypertrophie prostatique pour conseiller l'opération de la prostatectomie. Celle-ci, ainsi que je l'ai dit ici, me paraît avoir des indications.

J'ai vu cet été un homme qui a eu il y a trois ans, étant de passage à Dresde, une rétention d'urine; il a dû être sondé pendant une vingtaine de jours, après quoi sa vessie avait repris complètement ses fonctions et depuis trois ans il n'avait plus eu d'accident; il venait uniquement me consulter pour savoir s'il pouvait sans inconvénient recommencer ce voyage qui le préoccupait. Je l'ai examiné, il vidait complètement sa vessie, son canal était facilement parcouru par une bougie à boule n° 20. Il avait appris à se sonder, et quoiqu'il eût une prostate au moins aussi volumineuse que l'une de celles que je vous ai présentées ici, je ne lui ai pas conseillé la prostatectomie, et me suis borné à lui dire d'emporter avec lui de quoi se sonder dans le cas où il serait repris par une rétention.

Communication.

Hernie obturatrice étranglée. Opération. Guérison,

par M. le Dr M. DENUCÉ, membre correspondant.

Le 1er juillet dernier, je suis appelé auprès d'un malade qu'on me dit atteint d'obstruction intestinale, probablement due à un cancer, dont il est impossible de préciser le siège. L'histoire du malade, telle qu'on me la communique, est la suivante. Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans environ, cultivateur, qui a toujours joui d'une santé robuste, et qui, depuis dix mois, présente des symptômes abdominaux assez graves. Au début, il s'est plaint de douleurs vagues dans l'abdomen, sourdes d'abord, puis plus

vives, et qui n'ont pas tardé à présenter un point maximum au niveau de la région épigastrique. A ces douleurs, depuis six mois, s'est joint un malaise général avec quelquefois, surtout le soir, des frissons. (Le malade n'a jamais eu de fièvre paludéenne.) Puis, il a eu des coliques d'abord passagères et rares, puis plus tenaces et plus fréquentes. Son appétit a diminué et est devenu peu à peu nul. Depuis trois mois, il ressent à intervalles réguliers quelquefois plusieurs fois dans la même journée, quelquefois après plusieurs jours, des crises plus ou moins prolongées de contractions spasmodiques, douloureuses profondément dans la région épigastrique. Les digestions sont devenues pénibles, et une constipation assez tenace s'est établie, mais elle cède assez facilement à l'emploi de laxatifs ou de purgatifs doux. Il y a un mois, il s'est plaint de douleurs assez violentes dans le membre inférieur droit; ces douleurs s'irradient dans la cuisse, plutôt à la partie antérieure, et dans la jambe, surtout en dedans, jusqu'à la malléole interne. Dans les derniers temps, la démarche était difficile, le membre inférieur paraissant affaibli. Cependant, depuis quelques jours, ces symptômes s'étaient amendés et avaient presque disparu. La pression sur la région épigastrique n'exagérait pas les douleurs; on n'a jamais constaté l'existence d'une tumeur en un point quelconque de l'abdomen. Les signes d'une ataxie locomotrice n'ont pas été recherchés.

Il y a trois jours, le malade a vu son état empirer rapidement. Il a ressenti des douleurs abdominales violentes, sans localisation bien précise. Le ventre s'est ballonné. Il y a eu un hoquet tenace, puis des vomissements alimentaires, tous les aliments, tant solides que liquides, étant rejetés. Depuis la veille au soir, les vomissements ont pris le caractère bilieux. Il y a encore eu une selle très peu abondante, l'avant-veille au soir, et la veille, et même le matin, le malade a rendu des gaz par l'anus.

L'état général est très mauvais; l'anxiété et le malaise sont très grands, la respiration est courte et fréquente, le malade urine très peu, à peine un demi-verre à boire dans les dernières vingt-quatre heures. Il a des sueurs froides, le pouls est petit, misérable, fréquent, la température est au voisinage de la normale.

Quand j'arrive auprès du malade, je le trouve dans un état de dépression accentuée, pouvant à peine parler, avec une respiration petite, anhélante, irrégulière, très fréquente. Le visage est pâle, inondé de sueur froide, les yeux sont excavés, le nez est pincé, les extrémités sont algides, le ventre est très ballonné. A mon arrivée, le malade a un vomissement nettement fécaloïde. J'explore aussitôt les régions herniaires, et ne trouve rien pas plus à l'ombilic que dans les régions inguino-crurales. Rien non

plus dans les lombes. Les triangles de Scarpa sont examinés avec le plus grand soin, surtout à droite, où les douleurs du membre inférieur peuvent être considérées comme ayant constitué le signe de Romberg. Des deux côtés, il n'y a aucune tumeur, pas de douleur à la pression, en somme, aucun signe pouvant faire diagnostiquer une hernie étranglée.

Je conclus donc à une obstruction intestinale, probablement un étranglement interne, et me décide à intervenir immédiatement.

Le malade ayant été chloroformé avec tout le soin possible, et toutes les précautions aseptiques ayant été prises, je pratique dans la région sous-ombilicale une incision médiane suffisante pour introduire la main. Le péritoine, repoussé par la masse intestinale dilatée, est ouvert avec précaution, repéré, et je suis obligé de placer immédiatement une serviette aseptique sous les lèvres de la plaie, pour empêcher l'issue des anses de l'intestin grêle qui, gonflé à l'excès, tend tout le temps à faire irruption au dehors.

De la main droite, introduite avec précaution dans la cavité abdominale, je vais à la recherche du cæcum, que je trouve vide, affaissé, aplati. Je cherche l'anse de l'iléon qui aboutit au cæcum, et la trouvant vide, je cherche à l'attirer vers la plaie. Elle résiste. Je veux la suivre; une corde épiploïque, très tendue, me gêne dans cette exploration. J'arrive néanmoins à suivre l'iléon, qui paraît immobilisé, et me conduit vers la région obturatrice, où malgré les difficultés causées par l'épiploon, je constate que celui-ci et l'intestin sont fixés, engagés dans une boutonnière, en un mot, qu'il s'agit bien d'une hernie obturatrice droite étranglée. Je cherche par des tractions douces à dégager l'anse intestinale et ne puis y réussir. Je n'ose d'ailleurs, on le comprend, faire aucune traction énergique. Du bout du doigt, je reconnais le rebord osseux de la gouttière sous-pubienne, mais l'intestin et surtout l'épiploon m'empêchent d'aller en bas et en dedans où je pourrais essayer d'effondrer les parties molles de l'anneau, et libérer l'intestin. D'ailleurs, je crains, vu l'ancienneté de l'accident et l'impossibilité où je suis de protéger efficacement la cavité péritonéale, si j'arrive à réduire la hernie, d'évacuer dans le péritoine les liquides septiques du sac, peut-être même le contenu de l'intestin, si celui-ci est perforé, ou s'il se rompt pendant la réduction.

J'obture donc la plaie abdominale, provisoirement avec une serviette aseptique, et sans plus attendre, je me reporte vers le triangle de Scarpa. Après lavage et aseptisation, après avoir cherché les battements de l'artère fémorale et déterminé le trajet des vaisseaux, à un doigt et demi en dedans de ce trajet, je fais

une incision verticale, partant à 2 centimètres au-dessous de l'épine du pubis, et longue d'environ 8 centimètres. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, je trouve la veine saphène interne, qu'il m'est impossible de récliner, et que je coupe entre deux ligatures. Je reconnais à la direction oblique de ses fibres en bas et en dedans, le bord du moyen adducteur, que je charge sur un écarteur, après l'avoir séparé à la sonde cannelée du pectiné. Le temps pressant, je charge ce dernier muscle un peu haut sur la sonde cannelée, et l'incise transversalement. La hernie n'est pas encore visible, le muscle obturateur m'apparaît soulevé, légèrement tendu et refoulé. Avec la sonde cannelée, puis avec les doigts, je pénètre dans un des interstices de ce muscle, et écartant les fibres, puis un plan celluleux représentant la membrane obturatrice externe, j'arrive sur le sac, tendu, violacé, vascularisé, ou plutôt, congestionné. Je soulève un pli avec une pince à griffes, et après avoir disposé une compresse, j'incise prudemment. Du liquide sale, fétide, s'écoule, et sur le doigt, j'agrandis l'incision vers le haut. Je cherche alors si je sens l'artère, et m'assure qu'en bas et en dedans, je ne sens aucun battement. Ayant repéré les deux lèvres du sac, j'en lave le contenu avec une injection abondante d'eau bouillie chaude. En haut et en dehors, se trouve une petite masse épiploïque, consistante, violacée, et en bas et en dehors, une petite anse intestinale, dure, tendue, presque noirâtre. N'arrivant pas en bas et en dedans à effondrer du bout du doigt l'obstacle que je sens, après m'être assuré de nouveau que là, rien ne bat, je fais deux petits débridements en ce point au bistouri de Cowper, et puis avec le doigt, achever une assez large libération.

L'épiploon, attiré au dehors, est lié, reséqué et réduit après lavage. L'intestin m'apparaît terne, noirâtre, avec un sillon assez marqué qui, passant au dessous de l'insertion mésentérique, me fait voir qu'il s'agit d'un pincement latéral. Cependant, sous les affusions chaudes, les parois semblent reprendre quelque vitalité. Dans le sillon, seulement en bas et en dedans, je trouve deux petites plaques, l'une ayant les dimensions d'une grosse tête d'épingle, l'autre celles d'un pois, séparées par un intervalle d'au moins 2 centimètres et demi, et qui toutes deux me paraissent suspectes. La séreuse est entamée, la couche sous-jacente est verdâtre. Je les enfouis l'une et l'autre avec deux points à la Lembert. Après un dernier lavage, je réduis l'intestin, et suture la plaie crurale, les muscles d'abord par des surjets successifs, puis la peau. Enfin, je réunis par plans l'incision abdominale. Pansement aseptique. Injection sous-cutanée de sérum artificiel. Le malade revient assez bien à lui, et quand il a repris connaissance, il se déclare soulagé.

Malgré la faiblesse du malade, les suites ont été assez simples, les fils ont été enlevés le huitième jour, et le malade a pu se lever vers le quinzième. Il ne souffrait plus, mais n'avait pas recouvré son appétit; ses digestions étaient demeurées pénibles, il était toujours constipé. Encore assez faible, il marchait avec peine. Je ne l'ai pas revu depuis.

Les observations de hernie obturatrice interstitielle sont relativement rares. Le diagnostic de cette forme, surtout si on ne voit le malade que quand les accidents d'étranglement sont déjà établis, est très difficile. Ici, le signe de Romberg l'avait fait soupçonner. L'absence de toute douleur à la pression et de toute tumeur apparente, avait empêché de porter un diagnostic ferme. Néanmoins, cette observation vient à l'appui de la très grande valeur qu'on peut accorder au signe de Romberg.

Présentations de malades.

Absence congénitale d'une portion de la diaphyse du péroné gauche.

M. Walther. — Ce malade est entré pour une entorse dans mon service. En l'examinant, mon interne M. Piquand a constaté cette curieuse malformation. Elle offre ici quelques caractères exceptionnels qui m'ont engagé à vous présenter le malade :

1° Le péroné est atrophié sur toute sa hauteur. Mais la perte de substance n'existe que sur la diaphyse sur une longueur de 5 à 6 centimètres environ, fait rare, puisque, sur 97 cas, Haudeck ne signale que 2 cas d'absence partielle limitée à la diaphyse.

2° On ne constate pas chez ce malade les malformations considérables du pied et de la jambe qui accompagnent d'ordinaire l'absence même partielle du péroné.

3° Il n'y a pas d'autre malformation congénitale, sauf de nombreuses taches pigmentaires, des petits fibromes mous, disséminés et des varices lymphatiques.

Vous pourrez vous rendre compte de l'état du péroné sur la radiographie qui a été faite par mon externe M. Blairon et qui montre très nettement les lésions.

Voici l'observation complète recueillie par M. Piquand :

X... âgé de trente-deux ans, vidangeur, entre à la Pitié, salle Broca, le 26 septembre 1902, pour une entorse du pied gauche.

Antécédents héréditaires nuls. — Ni frères, ni sœurs, le malade n'a pas connu ses parents.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure, à l'exception de suppuration des yeux, de maux de tête fréquents, d'hémorroïdes déterminant des douleurs et des hémorragies.

Le malade raconte que deux jours avant son entrée à l'hôpital, il a fait un faux pas, s'est tordu le pied et a éprouvé une vive douleur : depuis les mouvements du pied sont douloureux et il marche difficilement.

A l'examen on est frappé immédiatement par la déformation de la jambe et du pied gauche. Le pied gauche paraît fortement déplacé en dehors de sorte que l'axe de la jambe prolongé vient pousser en dedans du pied, et que le bord interne de la jambe fait au-dessus du pied une saillie très marquée en dedans, de plus le pied est placé en équinisme assez prononcé, le talon étant élevé tandis que les orteils sont très abaissés, à cet équinisme se joint une légère torsion du pied en dedans, un peu dessous : la pointe du pied repousse un peu en dedans, le bord externe légèrement aplati paraît supporter le poids du corps dans la marche, toutefois cette déviation du varus est faible, facile à corriger. Le pied paraît régulièrement conformé, le nombre des orteils est normal.

Au-dessus du pied on voit en dehors une saillie facilement appréciable correspondant à la malléole péronière, au-dessus de cette saillie une dépression très nette et très bien marquée, cette dépression s'efface insensiblement à mesure qu'on remonte le long de la face externe de la jambe.

Le reste du membre paraît à peu près normal, toutefois l'ensemble du membre gauche paraît un peu atrophié lorsqu'on le compare au membre droit, d'abord la longueur est un peu diminuée, la distance mesurée de l'épine iliaque à la malléole externe est de 91 centimètres à droite, 89 seulement à gauche, cette diminution porte exclusivement sur la jambe, car la distance mesurée du bord inférieur de la rotule à la malléole externe présente la même différence soit 49 centimètres à droite, 40 seulement à gauche. De plus la jambe gauche paraît moins volumineuse que la droite, le diamètre mesuré à la partie moyenne atteint 31 centimètres à droite, 29 seulement à gauche.

La palpation permet de sentir facilement la malléole externe sous forme d'une saillie assez régulière, au-dessus de cette saillie, au niveau de la dépression signalée plus haut, on ne sent aucun relief osseux à la face externe de la jambe. En haut, on sent facilement à la palpation l'extrémité supérieure du péroné qui occupe sa place habituelle et paraît présenter des dimensions normales, au-dessous on sent sous le doigt une saillie résistante, allongée qui occupe la place du péroné, à mesure que le doigt descend le long de la jambe, cette sensation devient moins nette, et arrive à 10 ou 12 centimètres au-dessous de la tête péronière on ne sent plus aucun relief osseux à la face externe de la jambe.

L'exploration du tibia fournit peu de résultats : les dimensions, la direction paraissent normales, en suivant avec le doigt la crête et la

face interne du tibia on trouve une surface osseuse régulière sans saillie appréciable, on ne sent notamment aucune incurvation de l'os à l'union de ses 2/3 supérieurs et de son 1/3 inférieur. La peau qui recouvre le tibia ne présente aucune cicatrice, si ce n'est la trace d'une brûlure située à la partie inférieure.

La *palpation* des os du pied et de l'articulation tibio-tarsienne ne fournit aucun renseignement, elle montre seulement une douleur assez vive siégeant surtout au niveau des ligaments, et en rapport avec l'accident récent du malade.

Examen des mouvements articulaires. — Dans l'articulation tibio-tarsienne, les mouvements d'extension sont faciles, les mouvements de flexion sont très limités, si on cherche à les exagérer on cause une douleur assez vive, et on sent en arrière le tendon d'Achille qui se tend comme une corde. Par contre on trouve des mouvements de latéralité assez étendus avec un ballottement de l'astragale indiquant le relachement des ligaments, et l'écartement des surfaces articulaires, en effet, la distance intermalléolaire est un peu plus considérable que du côté droit.

Les mouvements du genou et de la hanche sont faciles, et ne présentent rien de particulier, de même les mouvements du membre inférieur droit.

Si on fait marcher le malade on constate que celui-ci boîte assez fortement, et porte tout le poids du corps sur le membre inférieur droit — du côté gauche le pied ne porte sur le sol que par l'extrémité des orteils. Toutefois le malade raconte qu'avant l'accident pour lequel il est entré à l'hôpital, il marchait beaucoup plus facilement, sans boîter, mais en conservant toujours l'attitude spéciale en équinisme, attitude qui d'ailleurs le gênait fort peu, lui permettait de faire de longues marches, et d'accomplir des travaux pénibles.

L'examen radiographique montre que le tibia est normal, le péroné au contraire est complètement atrophié à sa partie moyenne — en bas on voit la malléole externe sous forme d'un fragment long de 4 à 5 centimètres qui s'effile vers son extremité supérieure et se termine par une pointe fine — en haut on voit la tête du péroné en apparence normale, cette tête se continue par un cordon osseux d'abord assez volumineux mais qui diminue rapidement de diamètre : un peu au-dessus de la partie moyennne de la jambe (au niveau du 1/3 inf.) ce cordon osseux disparait complètement de sorte que le squelette de la jambe n'est représenté que par le tibia.

L'examen radioscopique du pied ne montre rien de particulier.

La recherche d'autres malformations congénitales donne peu de résultat. — Les testicules sont régulièrement descendus dans les bourses, il n'y a pas de hernie, pas de bec de lièvre, pas de malformation des membres supérieurs.

Cependant l'examen de la peau montre l'existence de diverses lésions.

En divers points on trouve des taches de nœvi pigmentaire : des taches irrégulièrement disséminées de dimensions variables, de colo-

ration grisâtre ou brunâtre siègent sur presque tout le corps, on en trouve une très marquée sur la face interne de la jambe — la région dorso-lombaire en est presque complètement remplie — une des taches lombaires porte quelques poils assez longs, de couleur peu foncée, d'aspect soyeux. — Il est à remarquer que le malade déclare que ces taches d'origine récente seraient apparues depuis quelques années seulement.

En plus de ce nœvi pigmentaire, la peau présente de nombreux boutons, et surtout des varices lymphatiques extrêment développées : ces varices se montrent sous forme de petites masses vésiculaires irrégulièrement bosselées, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une petite noisette de coloration blanc rose ou violacée. Comme les nœvi pigmentaires on les trouve disséminées sur presque toute la surface du tronc mais surtout au niveau de la région dorso-lombaire quelques-unes de ces varices sont particulièrement développées, les plus volumineuses se trouvent, en arrière au niveau de la région lombaire gauche, en avant sur la peau de la paroi abdominale, et dans le voisinage de chacun des mamelons.

M. Poirier. — J'ai eu l'occasion d'étudier dans ma thèse d'agrégation les arrêts de développement des membres et de constater d'assez nombreux cas d'absence de cet os. Depuis, j'ai écrit que la diaphyse du péroné était un os inutile, puisque j'ai pu vous présenter un malade qui avait eu une destruction complète de la diaphyse du tibia à la suite d'une ostéomyélite, et que j'ai pu en remplacer la diaphyse absente par celle du péroné, sans que les fonctions du membre fussent notablement troublées.

M. Broca. — Il est possible, ce que j'ignore, que la diaphyse péronière ne serve à rien, mais ce n'est certainement pas le malade présenté par M. Walther qui permet d'émettre cette assertion. Cet homme a de la chance s'il marche assez bien, mais très nettement avec un peu de claudication, avec équinisme et valgus. En général, que le péroné soit ontologiquement et philogéniquement utile ou inutile, les sujets dont le péroné est mal développé n'ont pas de malléole externe et sont de véritables infirmes, nous montrant bien que, selon l'enseignement de M. Championnière, la malléole externe est indispensable au bon fonctionnement du pied. Donc, le malade de M. Walther a une chance réelle, mais c'est tout ce qu'on peut dire.

M. Poirier répond : Le valgus que l'on observe chez ce sujet et l'attitude vicieuse que prend le pied dans la marche s'explique par la situation de la malléole externe qui est remontée d'au-

moins 5 à 6 centimètres au-dessus de sa situation normale, l'absence de diaphyse n'est donc pour rien dans ces phénomènes.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — J'ai dit, écrit et prouvé que dans la résection du cou-de-pied on peut se permettre d'enlever tous les os que l'on veut à la condition de ne pas toucher les malléoles; en particulier, la malléole externe est l'os le plus important pour la statique et la mécanique du pied. Le fait de l'absence d'une malléole chez un sujet ne prouve pas que l'on puisse s'en passer, car il faut bien distinguer entre les cas congénitaux et les cas acquis.

M. WALTHER. — Je crois qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre l'état d'un membre déjà bien développé auquel on a enlevé le péroné et la déformation produite par l'absence congénitale de cet os.

Sans doute ce malade a un peu d'équinisme, le pied est un peu en valgus, et cela est noté dans l'observation, mais ces légères déformations qui ne gênent que très peu la marche et n'empêchent pas le bon appui du pied, ne ressemblent en rien aux désordres considérables que nous sommes habitués à voir en pareil cas. C'est là ce qui m'a paru intéressant et c'est pourquoi je vous ai présenté ce malade.

Il manque à cette observation un examen plus détaillé de l'état de la mortaise tibio-péronière, du mode d'appui du pied, car la malléole péronière est très atrophiée, comme l'a très justement remarqué M. Poirier. Je compte faire faire des radiographies du pied en différentes positions et je vous demande la permission de vous les présenter si elles offrent quelque particularité intéressante.

Anomalie génitale.

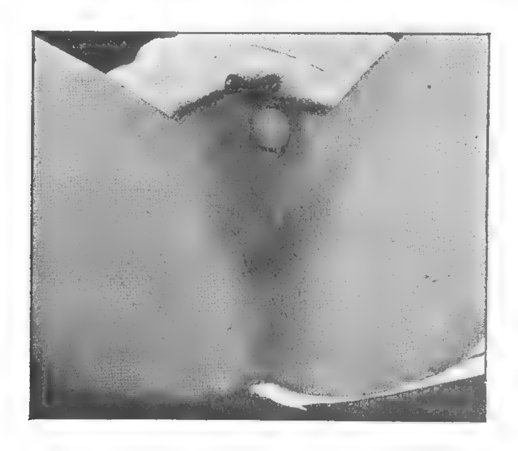
M. WALTHER. — Je vous présente, messieurs, un sujet qui sans doute pourra vous intéresser, car le diagnostic me paraît fort difficile et la détermination de la conduite à tenir discutable. Je serais très heureux d'avoir sur ces différents points l'avis de nos collègues.

Cet homme (homme au moins par le costume qu'il porte) m'a été envoyé au moins de mars dans mon service par mon collègue et ami M. le Dr A. Petit. M. Petit l'a présenté à la Société médicale des Hôpitaux, le 21 mars dernier. Quelques jours après, le malade

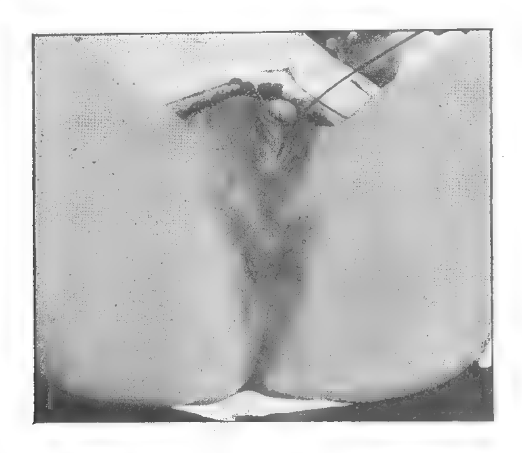
avait quitté mon service; il vient d'y rentrer réclamant une intervention chirurgicale.

Voici l'observation recueillie par mon interne M. Piquand :

E. X... âgé de vingt-quatre ans, sellier, entre à la Pitié, le 3 sep-



tembre 1902, pour une malformation des organes génitaux, pour laquelle il réclame une intervention chirurgicale.

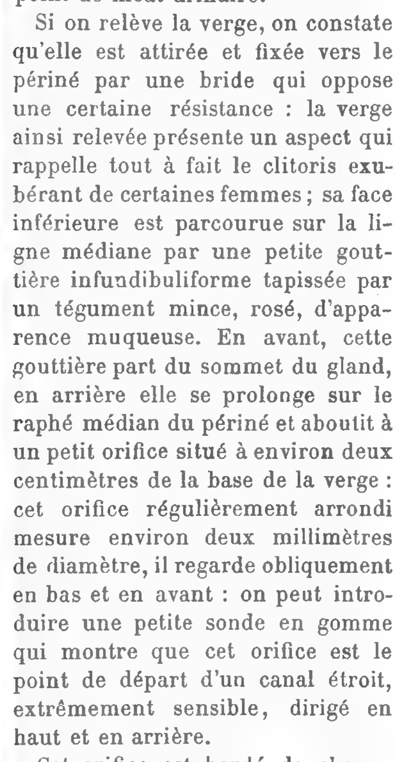


Antécédents héréditaires, nuls. — Aucune malformation dans sa famille.

Antécédents personnels. — A sa naissance le malade a été inscrit comme fille sur les registres de l'état civil, ensuite, sur l'avis d'un médecin, il a été l'objet d'une rectification et inscrit comme appartenant au sexe masculin. Entré, il y a quelques mois, à la Pitié, dans le service de M. Petit, il a été l'objet d'une présentation à la Société médicale des Hôpitaux, le 21 mars 1902.

A l'examen : les organes génitaux externes paraissent essentiellement constitués par une petite verge : celle-ci mesure environ quatre centimètres de long, la moitié environ étant formée par un gland d'apparence normale, recouvert en arrière par un prépuce incomplet ; ce gland est imperforé et ne présente en aucun point de méat urinaire.





Si on relève la verge, on constate qu'elle est attirée et fixée vers le périné par une bride qui oppose une certaine résistance : la verge ainsi relevée présente un aspect qui rappelle tout à fait le clitoris exubérant de certaines femmes ; sa face inférieure est parcourue sur la ligne médiane par une petite gouttière infundibuliforme tapissée par un tégument mince, rosé, d'apparence muqueuse. En avant, cette gouttière part du sommet du gland, en arrière elle se prolonge sur le raphé médian du périné et aboutit à un petit orifice situé à environ deux centimètres de la base de la verge : cet orifice régulièrement arrondi mesure environ deux millimètres de diamètre, il regarde obliquement en bas et en avant : on peut introduire une petite sonde en gomme qui montre que cet orifice est le point de départ d'un canal étroit, extrêmement sensible, dirigé en haut et en arrière.

Cet orifice est bordé de chaque côté par deux étroits replis cutanéo-muqueux : en avant de l'orifice périnéal, ces deux replis se réunissent pour se continuer avec la bride que nous avons signalée à la face inférieure de la verge ; en arrière, ils s'incurvent et se réunissent pour former au-dessous de l'orifice périnéal une sorte de fourchette vulvaire.

En dehors de ces plis cutanéo-muqueux, on trouve deux replis cutanés plus volumineux : ces replis partent de la base de la verge et tombent verticalement sur le périné. Ces replis mesurent environ 1 centimètre de hauteur sur 5 centimètres de longueur, ils sont complètemen dépourvus de poils. — L'aspect représenté par ces divers replis lorsque la verge est relevée, est assez bien celui des grandes et des petites

lèvres circonscrivant entre elles une petite dépression assez analogue à une vulve et percée en son centre d'un petit orifice.

La palpation ne montre aucune trace de testicule au niveau du périné; mais au niveau de l'orifice inguinal droit on voit nettement une saillie ovoïde de la grosseur d'un petit œuf : cette saillie de consistance assez molle, facilement réductible à la pression, présente de l'impulsion lors des efforts et de la toux, elle donne absolument l'impression d'une hernie inguinale; à sa partie postérieure on sent par la palpation un corps ovoïde sensible à la pression, qui donne bien l'impression d'une glande génitale. Du côté gauche on trouve une saillie beaucoup moins nette, à peine perceptible à l'inspection; là aussi la palpation paraît montrer un corps ovoïde, rénitent, extrêmement sensible au toucher.

Le toucher rectal donne peu de renseignements : il semble cependant qu'on ait en avant une sensation de rénitence plus marquée que normalement.

L'aspect général du sujet est assez spécial, intermédiaire entre le type masculin et le type féminin. Le sujet est absolument imberbe, peu développé, à aspect infantile en dépit de son âge (24 ans). Le bassin est large; les seins, développés comme ceux d'une jeune fille, ont un mamelon saillant, bien conformé. La taille est assez épaisse rappelant plutôt celle d'un homme que celle d'une femme. La voix présente un timbre intermédiaire entre celui de l'homme et de la femme.

Les renseignements fournis par le malade sur le fonctionnement de ses organes génito-urinaires sont les suivants :

L'émission de l'urine se fait correctement par l'orifice périnéal qui représente le méat urinaire. Mais en outre, depuis l'âge de seize ans, il se produit par cet orifice, régulièrement tous les mois, un écoulement sanguin comparable à des menstrues qui dure deux à trois jours, atteint un volume total de 150 cent. cubes environ, et s'accompagne chaque mois de gonflement et de sensibilité des glandes juxta-pubiennes. En dépit de ces menstruations le sujet présente un instinct sexuel masculin bien déterminé; il se tient pour un homme et déclare éprouver très manifestement des désirs pour le sexe féminin : sous l'influence de l'excitation exercée par le désir, ou même seulement par la vue d'une femme, il entre en érection; la seule chose, dit-il, qui l'ait empêché de pratiquer le coït, c'est la conformation de sa verge maintenue recourbée par la bride que nous avons décrite sur sa face inférieure. A la suite d'excitation génésique et d'érection il voit parfois se produire par l'orifice périnéal l'écoulement d'une petite quantité de liquide visqueux et blanchâtre. L'examen microscopique de ce liquide pratiqué par M. Laignel-Lavastine, n'a pu montrer la présence de spermatozoïdes.

M. Hartmann. — J'ai vu, il y a dix ans, une fillette de dix ans, qui avait un clitoris anormalement développé me rappelant celui de la malade de M. Valther; sa mère me l'avait envoyée afin de

la guérir de la masturbation dont la répétition fréquente mettait sa vie en danger, je lui ai amputé cet organe; j'ai eu occasion de la revoir il y a quelque temps parce que sa mère était venue me consulter pour elle; elle a actuellement vingt-deux ans et je dois dire qu'elle s'est développée dans le sens masculin : barbe au menton, pas de sein et un peu la musculature de l'homme, mais en l'examinant avec soin on trouve au-dessous de l'urètre un vagin, au fond duquel est un col utérin surmonté d'un petit utérus.

M. Lucas-Championnière. — En règle générale, ces sujets conformés dans le genre de celui de M. Walther, sur le sexe desquels on doute, sont des hommes; j'en ai longtemps suivi un, que j'avais vu dans le service de Broca le père et qui voulait se faire voir comme hermaphrodite parce qu'il se livrait à la pédérastie. J'en ai fait voir un autre que l'on avait pris pour une femme, et qui, du reste, s'est marié comme tel : beaucoup de ces sujets ont quelques-uns des attributs de la femme, ainsi ils peuvent avoir les seins développés, les hanches un peu larges et pas de barbe.

Au point de vue des aptitudes génésiques on peut observer toutes les variétés et elles peuvent varier suivant les individus, suivant les circonstances, et suivant le milieu.

Le sujet que j'ai présenté ici, qui était un homme, et passait pour une femme à barbe, avait épousé un vigneron qui était enchanté de sa femme parce qu'elle était forte, robuste et pouvait l'aider dans les travaux des champs.

Il ne faut pas se fier beaucoup à l'absence de barbe, le sujet de M. Walther n'a pas de poil au menton, mais beaucoup sont glabres par ce qu'ils ont les testicules peu développés, et quelques-uns ont des muscles très développés, comme le sujet dont je viens de parler.

En résumé, le sujet de M. Walther est un hypospade. En effet, les femmes, même à clitoris hypertrophique n'ont pas le clitoris aussi développé; en revanche, beaucoup d'hypospades ont la verge de ce volume.

Reste la question des règles. Ceci serait un point important à discuter. Mais ces écoulements sont habituellement insignifiants.

Pour mon compte, j'opérerais ces hernies quand même. Car, qu'il soit homme ou femme il y a une opération excellente à faire et qui éclairera sur la qualité du sujet.

M. Felizet. — Le malade de M. Walther est, pour moi, incontestablement un homme. Le gland a des dimensions et une con-

formation normale, avec sa couronne parfaite et la dépression rudimentaire qui marque la position du meat.

Le sujet a des érections avec éjaculation.

Le sperme a été examiné, il ne contient pas de spermatozoïde, mais cela n'a rien d'étonnant, car les deux testicules sont ectopiés.

Je pense qu'en opérant les deux hernies, M. Walther pourra s'assurer directement de la réalité : il passera son doigt dans les anneaux, il dilatera, explorera les fosses iliaques et le petit bassin pour savoir si on trouve un utérus, les ovaires ou un testicule.

Je ne crois pas que, s'il veut tenter de modifier cet hypospadias, il ait une satisfaction complète; les corps caverneux sont très écartés l'un de l'autre, ne se rejoignent pas et n'arrivent pas jusqu'au gland, les grandes incisions transversales recommandées pour redresser la verge sont donc ici interdites, et il ne faudrait pas aller jusqu'à l'opération radicale que M. Hartmann a faite à son malade.

Le sang venant comme les règles ne suffit pas pour infirmer ma manière de voir, attendu qu'il peut avoir une hémorragie, ayant pour cause bien d'autres états anatomiques et physiologiques que les périodes menstruelles.

M. Bazy. — J'ai observé un sujet entré dans mon service pour une appendicite dont il avait été opéré par notre collègue Chevallier pendant les vacances; il était entré comme femme et on me l'a avec juste raison présenté comme un homme; il ressemblait au point de vue des organes génitaux, absolument à celui de M. Walther; sa verge avait même volume, mais avec cette différence qu'on sentait les testicules dans ce qu'on avait pris pour les grandes lèvres. Sa figure était glabre bien qu'il eût vingt-six ans, sa poitrine était plate, il n'avait pas de seins, ses aptitudes génésiques étaient neutres.

M. Walther. — Je remercie mes collègues de leurs avis et de leurs conseils. Je vois que le doute persiste cependant. Comme la plupart d'entre vous, j'ai tout d'abord pensé en examinant ce malade qu'il s'agissait simplement d'un hypospadias avec ectopie double. Le volume de la verge, la parfaite conformation d'un gland remarquablement développé, les érections, l'émission d'un liquide filant après les excitations génitales (sans spermatozoïdes, il est vrai, comme dans les ectopies doubles), tous ces caractères semblaient établir ce diagnostic.

Mais il y a de véritables règles. Nous avons constaté l'écoulement pendant deux jours d'une quantité de sang qui a été évaluée

à 150 grammes environ. Cet écoulement se reproduit chaque mois depuis plusieurs années. Il est précédé d'une sensibilité très nette dans les deux hernies, où nous trouvons ces corps ovoïdes qui sont des testicules ou des ovaires. Et cela trouble singulièrement le diagnostic.

Quoi qu'il en soit, ce que je compte faire comme je vous le disais et comme me l'a encore conseillé M. Félizet, c'est la cure radicale des deux hernies. Là je pourrai trouver des renseignements peut-être précis qui établiront le diagnostic et la conduite ultérieure du traitement.

Kystes hydatiques, troisième récidive. Guérison.

A propos de la communication qui nous a été faite.

M. Routier. — Voici un malade que j'ai opéré trois fois depuis 1896 pour de gros kystes hydatiques qui ont successivement paru : dans le foie, le ligament suspenseur et dans la paroi ; enfin, dans la paroi, dans la faux, dans l'épiploon et dans le tissu cellulaire qui existe entre le col de la vésicule biliaire et l'intestin grêle.

Chaque fois, j'ai dû pratiquer de grosses opérations, je n'ai jamais pu le refermer d'emblée, toujours il a fallu ou drainer, ou marsupialiser les parties de poche qui n'avaient pu être enlevées.

Ce malade présente encore cette particularité intéressante, c'est qu'il a eu, à plusieurs reprises, depuis 1896, des hémoptysies assez fortes.

Notre regretté collègue, le Dr Rendu, qui me l'avait adressé, l'a toujours considéré comme ayant des poumons sains, non tuberculeux, de sorte que nous avions toujours craint de voir se développer des hydatides pulmonaires, mais si ce malade maigrit chaque fois que des kystes se développent à nouveau, il reprend bien vite bonne mine et embonpoint dès qu'il est opéré.

La question se pose toujours de savoir si cette reproduction de kystes hydatiques est due à une infection primitive, ou à des infections secondaires, ou enfin à des inoculations, à des greffes dont le premier kyste serait le point de départ, c'est ce qui me parait le plus probable.

M. Schwartz. — Je communiquerai à la prochaine séance avec détails plus circonstanciés, le fait de greffe immédiate sur la cicatrice après ablation de kyste hydatique de la paroi abdominale pratiquée à Bicêtre par M. Pierre Delbet.

Résection totale de l'omoplate pour un sarcome. Conservation de l'extrémité externe de la clavicule et fixation de la capsule à la clavicule et aux parties fibreuses voisines. Fonctions du bras conservées.

M. Quénu. — Je me borne à présenter le malade et les radiographies de l'épaule avant et après l'opération, pour que vous constatiez l'étendue des mouvements du bras et sa fixation solide, la tête humérale n'est éloignée de la face inférieure de la clavicule que de un centimètre environ. Le jeune malade âgé de quinze ans peut exécuter des mouvements de projection en avant et en arrière du bras, de légers mouvements d'abduction, des mouvements étendus d'adduction. Il peut toucher son épaule gauche, toucher la face postérieure de la hanche gauche, etc. Il a été opéré du côté droit.

Inutile de dire que mon opéré ne porte aucun appareil.

Je n'ai aucunement suivi la technique indiquée par M. Picqué et Dartigues dans leur mémoire de la Revue de chirurgie de 1900.

J'ai gardé toute la clavicule, c'est là le point sur lequel j'insiste. J'ai mené une incision courbe commençant au niveau de la coracoïde, coupant l'articulation acromio-claviculaire et descendant le long du bord axillaire pour se recourber légèrement en dedans au niveau de l'angle inférieur.

J'attache une grande importance au temps de réparation. J'ai fixé la capsule humérale à l'extrémité externe de la clavicule par un fil d'argent, traversant cette extrémité externe, j'ai complété cette fixation par une série de sutures au fil de lin entre la capsule et les parties fibreuses périclaviculaires, j'ai enfin tenté une réparation musculaire en suturant le deltoïde au trapèze, et en suturant le grand dorsal et le deltoïde au rhomboïde.

Les détails de technique opératoire seront publiés dans un mémoire que nous préparons mon interne M. Renon et moi pour la Revue de chirurgie.

M. Picqué. — Le résultat que nous présente M. Quénu est très beau et est supérieur à celui que j'ai obtenu sur la malade à laquelle notre collègue a fait allusion. Je dois dire que dans notre travail de la Revue de Chirurgie, M. Dartigues et moi avions voulu surtout opposer la résection de l'omoplate dans les cas de tumeurs malignes à la désarticulation interscapulo-thoracique, et montrer les excellents résultats de cette résection, mais évidemment il y aura lieu de substituer le procédé de M. Quénu au nôtre dans des cas analogues. Dans notre procédé le résultat

ortopédique n'est obtenu qu'à l'aide d'un appareil, grâce auquel notre malade peut se livrer à tous les travaux. La conservation de la clavicule permet d'emblée ce résultat sans appareil.

M. Hartmann — En 1886 j'ai aidé mon maître M. Duplay pour une ostéomyélite de l'omoplate; il avait enlevé tout le scapulum et l'extrémité supérieure de l'humérus; elle se sert très bien de son bras, et M. Michaux pourra nous en donner des nouvelles, car elle est dans son service où elle remplit les fonctions de panseuse sans qu'il se doute peut-être de sa mutilation.

M. Michaux. — Je sais qu'elle a une grave infirmité résultant de lésions du côté de l'épaule, je ne savais pas qu'elle eut eu une ostéomyélite.

M. Quénu. — Il ne faut pas assimiler les résections de l'omoplate pour ostéomyélite aux résections pour tumeurs. Il convient d'établir entre ces deux catégories de faits la même distinction que nous avons établie entre les résections articulaires pour tumeur blanche et pour traumatismes.

Présentations de pièces.

Perforation spontanée d'un abcès appendiculaire.

M. F. Legueu. — Je vous présente un appendice : il est perforé et contenait un corps étranger. Ces lésions n'ont rien qui puisse nous intéresser; il n'en est pas de même des conditions dans lesquelles j'ai été appelé à le recueillir.

Dans un hôpital d'enfants, dans un service où l'on a l'habitude de traiter par la temporisation et la glace les appendicites aiguës, un enfant de cinq ans refroidissait sans encombre une appendicite aiguë. La période bruyante des premiers accidents était passée : depuis cinq jours que cet enfant était à l'hôpital, la température oscillait entre 37°2 et 37°5 : le pouls était à 80, la langue humide, le facies favorable, la douleur iliaque nulle, et tout semblait indiquer une détente franche et régulière.

Et cependant à quatre heures du soir, l'enfant a un, puis deux vomissements : l'interne, qui peu de temps après fait la contre-visite constate que le pouls est petit et s'accélère. Une heure après, le refroidissement s'accentue et il me fait appeler comme chirur-

gien de garde. Je trouve un enfant en état d'algidité complète, les extrémités froides, le pouls incomptable : il était impossible et absolument inutile d'ailleurs de chercher à intervenir. L'enfant est mort dans la nuit.

Il y avait une péritonite généralisée : dans la fosse iliaque droite, il y avait au contact de l'appendice perforé un abcès, qui était séparé de la paroi par des anses intestinales. Il est probable que cet abcès s'est brusquement perforé et a déterminé la péritonite généralisée qui a emporté rapidement ce petit malade.

Quoiqu'il en soit, dès que des symptômes nouveaux se sont produits, il était déjà trop tard pour intervenir, et la temporisation, une temporisation bien faite est donc ici une fois de plus prise en défaut.

De la nécessité qu'il y a à séparer l'urine de chaque rein avant de se décider à pratiquer une néphrectomie.

M. Henri Hartmann. — Le 26 février dernier, tout en reconnaissant l'importance que présente l'étude de la cryoscopie, de la glycosurie temporaire après injection sous-cutanée de phloridzine et de la manière dont se fait l'élimination du bleu après injection sous-cutanée du bleu de méthylène, je vous disais que tout en me ralliant à l'opinion de notre collègue Bazy, lorsqu'il posait en principe que *l'absence d'une élimination normale contre-indique la néphrectomie*, je différais d'opinion avec lui lorsqu'il ajoutait que *sa constatation indique l'intégrité du rein du côté opposé.*

Le 5 mars suivant, M. Bazy, persistant dans son ancienne opinion, nous disait que lorsqu'on a fait le diagnostic de pyonéphrose, « le meilleur moyen de savoir si l autre rein est sain, c'est de faire une piqûre de bleu de méthylène. Si la réponse est favorable, c'est que le rein est sain ».

Je n'ai rien répliqué parce que je n'avais pas, sur le moment, de fait précis à fournir et que j'estime que seuls les faits doivent entraîner la conviction. Celui que je vous apporte aujourd'hui suffira, je crois, à vous montrer le danger qu'il y aurait à conformer sa ligne de conduite chirurgicale aux opinions un peu trop absolues de notre collègue Bazy; il est de plus intéressant au point de vue des lésions rencontrées, lésions qui sont, je le reconnais, d'une extrême rareté.

Observation. — M. D..., vingt-huit ans, nous est adressée par notre collègue et ami Achard pour une tuberculose urinaire. Cette malade qui a eu, à l'âge de quatorze ans des ganglions suppurés du cou, se

plaint depuis deux mois de douleurs dans le rein droit et de symptômes de cystite (fréquence et douleurs dans les besoins). Les urines contiennent du pus et des bacilles tuberculeux. Le rein droit est manifestement augmenté et douloureux, on ne sent pas le rein gauche. Tout fait donc penser à une tuberculose urinaire à point de départ dans le rein droit. Après injection sous-cutanée de bleu de méthylène, M. Achard constate que l'élimination se fait normalement.

On pouvait donc être tenté de pratiquer l'ablation du rein droit. Heureusement, avant de s'y résoudre, on appliqua, comme on le fait dans mon service, le 25 juillet le séparateur Luys, et, contrairement à ce que l'on prévoyait, on fit les constatations suivantes :

Urine vésicale :

Urée par litre	5g16	
Chlorures	2 16	
Bleu.	0 008	milligrammes.

Urine du rein droit :

Première prise (10 minutes). Volumes : 21 centimètres cubes.

Urée par litre	5g06	
Chlorures	2 85	
Bleu.	0 00713	milligrammes.

Deuxième prise (8 minutes), Volume : 21 centimètres cubes.

Urée par litre	5g06	
Chlorures	3 16	
Bleu	0 0057	milligrammes.

Troisième prise (10 minutes). Volume : 23 centimètres cubes.

Urée par litre	6g04	
Chlorures	3 15	
Bleu	0 009	milligrammes.

Urine du rein gauche :

Pendant les 28 minutes. Volume : 3 centimètres cubes seulement.

Urée par litre	0g63
Chlorures	2

Bleu (chromogène seulement) non dosé.

De plus l'urine du rein gauche est un peu plus louche que celle du rein droit, qui est claire.

Le 10 août, on refait une nouvelle injection de bleu dont l'élimination est de nouveau normale.

Le 14 août, après injection de bleu, on applique une deuxième fois le séparateur pendant quarante-cinq minutes, afin de voir si les résultats seraient bien les mêmes que ceux du premier examen.

Urine vésicale :

Urée par litre	5g76
Chlorures.	4 45

Présence du bleu.

Urine du rein droit :

Volume recueilli	106 cent. cubes.
Urée par litre	6g40
Chlore	4 91
Présence du bleu.	

Urine du rein gauche :

Volume recueilli	5 c. c., 2
Urée par litre	1 28
Chlore	2 04
Pas de bleu, ni de chromogène.	

Dans ces conditions, et après cette double application du séparateur, il semble évident que contrairement à ce que faisait prévoir l'examen clinique, le travail est fait presque entièrement par le rein droit. Aussi, bien qu'on ne put rien déceler par le palper de ce côté, mon interne, M. Lecène, fit la néphrectomie gauche le 30 août dernier.

Le rein très difficile à trouver était atrophié à un degré extrême. Comme vous pouvez le voir, il ne mesure que le volume d'une noix. L'hémostase fut réalisée par l'application d'un seul catgut, l'artère rénale présentait un calibre des plus réduits. L'uretère fut lié à part.

La guérison opératoire se fit sans incident, mais la malade se trouve naturellement dans le même état qu'avant l'intervention.

Examen histologique du rein enlevé par M. Lecène. — Les coupes ont porté en plusieurs points.

a) Au niveau des parties du rein atrophiées.

b) Au point où il restait un îlot de parenchyme rénal d'apparence normale.

c) Sur l'uretère.

En *a*) le parenchyme rénal est transformé en un tissu conjonctif dense parsemé de petites cavités kystiques revêtues d'épithélium cubique et contenant souvent à leur intérieur des globes de substance colloïde (dégénérescence microkystique du rein). On ne trouve plus de glomérules de Malpighi.

En *b*) le parenchyme rénal est beaucoup mieux conservé; les tubes contournés, les glomérules, les tubes de Bellini sont bien reconnaissables et par endroits tout à fait normaux; mais par places, il existe une infiltration embryonnaire abondante entre les tubes; de plus les tubes collecteurs sont dilatés et l'infiltration embryonnaire est plus marquée quand on se rapproche de l'extrémité libre de la pyramide.

En *c*), on voit que la muqueuse de l'uretère est atteinte d'inflammation chronique, caractérisée par des ilots sous muqueux, des cellules embryonnaires ; d'ailleurs, l'épithélium de la muqueuse uretérale est normal.

Dans aucune des préparations, on n'a rencontré de follicules tuberculeux.

On voit donc qu'il s'agit d'une *inflammation chronique diffuse du rein et de l'uretère*, ayant amené l'atrophie complète du parenchyme rénal,

avec dégénérescence microkystique dans la presque totalité du rein; un îlot de parenchyme rénal relativement sain persistait seul dans une étendue de 2 centimètres carrés environ.

Les coupes ont été montrées au Dr Brault, qui pense qu'il s'agit ici d'un rein congénitalement petit et secondairement atteint d'inflammation chronique.

L'observation se passe, je crois, de commentaires.

Le diagnostic de tuberculose rénale droite semblait rationnel; l'élimination du bleu se faisait normalement, elle avait été étudiée par un de ceux qui s'en sont le plus occupé et qui nous ont montré quelle était son importance, par notre collègue Achard. Se fiant aux règles posées par M. Bazy, on aurait pu enlever le rein droit. Or :

1° L'application du séparateur Luys dans la vessie nous a montré, contrairement à ce que nous attendions, que le rein gauche n'avait aucune *valeur fonctionnelle.*

2° L'opération a établi que le rein gauche avait, *anatomiquement*, à peu près complètement disparu.

M. QUÉNU. — J'ai eu dans mon service une malade chez laquelle on eut pu se tromper sur le rein atteint; l'un était gros, l'autre à peine senti, on pouvait penser que ce dernier était sain et l'autre malade, or, la séparation des urines faites par Cathelin a montré le contraire.

M. BAZY. — Je profite de l'occasion pour dire qu'il ne suffit pas d'avoir fait l'injection de bleu de méthylène pour faire le diagnostic de l'état d'intégrité de l'un ou de l'autre rein. Le bleu de méthylène indique si l'un ou l'autre rein est ou n'est pas sain et c'est tout. Et jamais il ne me viendrait à la pensée de lui demander de me dire quel est le côté atteint, et jamais je n'ai dit qu'il indiquât le côté sain et le côté malade. Ce serait absurde. C'est à la clinique à interpréter les résultats fournis par cette épreuve. C'est surtout elle ai-je dit, qui doit nous guider pour le diagnostic et les indications opératoires.

Je suis loin d'être l'ennemi du séparateur des urines, mais je dis qu'il ne faut l'employer que lorsque les résultats de l'examen clinique complet sont douteux ou insuffisants. Je ne veux pas ici parler des cas dans lesquels la séparation des urines a donné des résultats incomplets ou contradictoires. Je n'ai pas à les signaler, parce qu'ils ne m'appartiennent pas, mais je veux citer un fait que j'ai observé, et où le séparateur de Cathelin n'a pu être appliqué. Je citerai les noms parce qu'ils sont une garantie que

l'opération a été bien faite, et que s'il y a eu une impossibilité, c'est que c'était une impossibilité réelle et absolue.

J'ai été appelé en consultation avec MM. Chevalier et Pasteau auprès d'un malade qui avait une tuberculose urinaire avec des accidents infectieux constituant une indication opératoire. Le Dr Pasteau avait tenté l'application de l'appareil de Cathelin et, malgré son habileté bien connue, il n'avait pu arriver à développer l'écran séparateur.

L'exploration des reins était négative, mais ces messieurs avaient constaté avant moi de l'empâtement et de la douleur au-dessus de la corne gauche de la prostate (réflexe uretéro-vésical) et j'ai fait la même constatation, et nous en avons conclu malgré le silence du rein, que le rein gauche était malade.

Nous avons donc pensé qu'il fallait intervenir de ce côté-là, mais auparavant il était utile d'être fixé sur l'état de l'autre rein pour savoir si l'on pouvait faire la néphrotomie ou la néphrectomie.

L'épreuve du bleu avait été très mauvaise, et on décida alors la simple néphrotomie. J'ai assisté à l'opération, et l'ouverture du rein a conduit dans des cavernes tuberculeuses, volumineuses et pleines de pus.

Si, dans ce cas, on eût demandé au séparateur de faire le diagnostic, on eût été absolument dans l'impossibilité de le poser.

C'est pourquoi il ne faut demander aux instruments que les renseignements que la clinique ne peut pas nous donner, et ne leur demander dans les autres cas qu'un complément d'information et encore si c'est nécessaire. Si on leur demande tout le diagnostic, le jour où on ne peut pas les appliquer, on est réduit à l'impuissance.

Au reste, il ne faut pas se fier aux apparences ; j'ai dans mon service un jeune homme, qui est tout à fait superposable à la malade dont parle M. Quénu. Si l'on s'en rapportait aux résultats fournis par la palpation rénale, on dirait : rein tuberculeux d'un côté, c'est-à-dire du côté où le rein est gros, facilement accessible, rein sain de l'autre côté où il n'y a guère qu'un peu de rénitence de la paroi, un peu d'empâtement de la région sans douleur. Or c'est le contraire qu'il faut dire parce que, quand on vient à pratiquer le toucher rectal, on détermine facilement le réflexe uretéro-vésical de ce dernier côté. Il serait peut-être désirable de confirmer le diagnostic par la séparation de l'urine, mais j'avoue que j'hésite un peu avant d'introduire l'instrument séparateur dans l'urètre et la vessie de ce jeune homme; car il faut le reconnaître et l'avouer : si, chez la femme, on peut introduire toute espèce d'instruments, il n'en est pas de même chez

l'homme. Ces instruments séparateurs sont du volume d'un gros lithotriteur, et s'il peut être aisé et indifférent de l'introduire chez la femme, il n'en est pas de même chez l'homme où son introduction est difficile et le maintien gênant et même douloureux.

Au reste, ce n'est pas contre le séparateur intra-vésical que j'ai élevé des objections de fond, mais contre le cathétérisme des uretères qui constitue une véritable opération, et peut être avantageusement remplacé par la cystoscopie qui est le premier temps de ce cathétérisme uretéral.

Le Secrétaire annuel,
P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — M. Picqué s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. Picqué est retenu par les manœuvres du service de santé, pour lesquelles il a été convoqué d'office.

3°. — Une lettre de M. Beurnier qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

4°. — Une lettre de M. Lejars qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

5°. — Une lettre de M. Jacques Reverdin, priant le Président de la Société de chirurgie de vouloir bien honorer de sa présence la séance d'ouverture de la session du congrès de Chirurgie.

6°. — Un travail de M. le Dr Bussières, médecin au cadre colonial, intitulé : *Amputations ostéoplastiques fémoro-rotuliennes.*

Le travail de M. Bussières est renvoyé à une Commission dont M. Chauvel est nommé rapporteur.

7°. — Une lettre de M. Monié (de Limoges) qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au prix Marjolin-Duval.

A l'appui de sa candidature, M. Monié envoie sa thèse inaugurale intitulée : *Physiologie pathologique de l'incision rénale.*

8°. — Une lettre de M. Robert Lœwy qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au prix Marjolin-Duval.

A l'appui de sa candidature, M. Lœwy envoie sa thèse inaugurale intitulée : *Méthode des greffes péritonéales.*

A l'occasion du procès-verbal.

De la prostatectomie périnéale.

M. F. Legueu. — Le rapport que nous a présenté, dans la dernière séance, notre collègue Guinard sur une observation de prostatectomie de Proust me fournit l'occasion de vous présenter quelques réflexions personnelles sur cette opération. Notre collègue a été amené à envisager la question de la technique, des résultats et des indications de la prostatectomie périnéale : je le suivrai sur ces différents points.

En ce qui concerne la technique, je me suis toujours conformé à celle que M. Proust a si bien réglée et précisée dans ses différents travaux, et qu'il a mise à exécution dans son opération. La situation à donner au malade en position inversée, l'incision prérectale convexe en avant conduisent aisément sur la face inférieure devenue supérieure de la prostate.

Une fois sur la prostate, j'incise l'urètre prostatique d'avant en arrière comme l'a recommandé Proust, et c'est là un des temps les plus importants de l'opération, une des manœuvres les plus précieuses, qui permettent de reconnaître facilement et la capsule de la prostate et l'urètre et de se comporter d'une façon spéciale par rapport à chacun d'eux.

Je décolle de chaque côté la capsule aponévrotique de la prostate et je résèque toute la partie accessible de cette capsule : celle-ci, en effet, ne sert absolument à rien après l'opération : pendant, elle ne peut que gêner les manœuvres par ses lambeaux, je la résèque aussi loin que possible et la face inférieure de la prostate apparaît alors nettement avec son hémisection médiane.

J'attaque alors isolément les deux lobes de la prostate et je les enlève sans les morceler. Le morcellement de la prostate me paraît une manœuvre inutile et défectueuse : le morcellement n'a sa raison d'être que lorsqu'il s'agit de faire passer une tumeur trop grosse à travers une filière trop étroite. Ce n'est pas le cas ici : les plus grosses prostates peuvent descendre sans être fragmentées, et je vous ai présenté ici dans le courant de cette année une prostate de 225 grammes, c'était à ce moment la plus grosse qu'on avait à ma connaissance enlevée à Paris; je l'avais enlevée en deux fragments, qui avaient pu descendre sans morcellement. Je sais cependant que certaines prostates sont friables et se déchirent aisément : mais elles se déchirent parce qu'on tire sans avoir libéré. Il faut proportionner sa traction à la libération qu'on

fait en même temps et qui permet à la glande de descendre. Si la glande se déchire, on refait une reprise ; on subit le morcellement, mais on ne le provoque pas, on ne le cherche pas et j'ai pu ainsi enlever presque toutes les prostates que j'ai opérées en deux morceaux représentant les deux lobes de la glande avec un volume de 20 à 225 grammes.

En opérant ainsi, on fait une résection intracapsulaire de la prostate : c'est une énucléation massive. Je n'ai trouvé qu'une fois dans la prostate elle-même des noyaux fibreux énucléables isolément du tissu même de la glande, mais même dans ce cas je n'ai pas cru devoir laisser la coque prostatique enveloppante dont j'ai fait la résection intégrale.

En faisant ainsi, on réduit au minimum la lésion de la paroi urétrale : dans un seul cas, ayant à enlever une prostate de moyen volume, j'ai cherché à ne pas ouvrir l'urètre sur la ligne médiane : je me suis efforcé, dans le cours de l'opération, de ne pas l'ouvrir, voulant éviter à la suite de l'opération la fistule temporaire, qui est, certes, un inconvénient. Or, malgré toutes mes précautions, je fis à l'urètre à droite une blessure, qui nécessita le même drainage que si j'avais ouvert le canal de propos délibéré. Il faut donc reconnaître et admettre que l'ouverture de l'urètre, pratiquée systématiquement dès le début de l'opération, comme Proust l'a recommandé, est une manœuvre nécessaire pour la sauvegarde de l'urètre et la conservation de son intégrité ultérieure.

Lorsque la prostate est enlevée, l'urètre flasque, élargi, béant, est fait de deux valves flottantes, dont je résèque une partie, comme Albarran, pour éviter, pour diminuer au moins ce cul-de-sac inférieur dont Hartmann, récemment, nous montrait la réalité anatomique sur une pièce nécropsique de prostatectomie guérie.

Quand il y a un lobe médian, celui-ci se présente au niveau du col et il est facile de l'enlever. Mais je ne l'ai vu que deux fois : l'hypertrophie prostatique consiste exclusivement dans le développement des lobes latéraux, et quand ils sont enlevés, ce qui reste du tissu prostatique peut être considéré comme négligeable.

Une sonde médiane de la vessie ressort par le périnée à travers la brèche urétrale, et un tamponnement latéral à la gaze complètent et terminent l'opération.

Ainsi conduite, sans suture, et sans ligature, la prostatectomie périnéale est et sera une des opérations les plus réglées, les plus méthodiques de la chirurgie. La durée moyenne de mes opérations est de trente à trente-cinq minutes.

Comme accidents opératoires, je n'ai noté que l'hémorragie en nappe, abondante surtout dans les cas où il y a calcul vésical, et

dans ceux aussi où j'opérais pour hémorragie. Je note aussi deux fois la blessure du rectum au cours du décollement, alors que je m'étais trop porté en arrière : la suture fut faite de cette petite brèche, et aucun de ces malades n'a conservé de fistule stercorale à la suite.

Par contre, les soins ultérieurs sont délicats et minutieux : entretien de la sonde périnéale jusque vers le huitième jour, après quoi on la remplace par une sonde urétrale. Le maintien d'une plaie ouverte au périnée, au contact de l'anus, est certainement un point noir dans l'état actuel de cette opération, mais c'est aussi une voie de drainage et une sauvegarde dans une certaine mesure. La plaie urétrale s'est fermée chez nos opérés vers le dixième jour ; deux l'ont gardé trois semaines. La plaie périnéale dure au moins six semaines. Voilà pour la technique : voyons maintenant les résultats.

Et d'abord le *résultat opératoire*. La prostatectomie est incontestablement une opération peu grave ; sur douze opérés, je n'ai perdu qu'un malade de soixante-douze ans, qui avait une vessie très malade, une rétention complète et chronique derrière une prostate qui pesait 146 grammes. A travers le col dilaté et sur un lobe médian, j'avais pu constater que la muqueuse vésicale était blanche par places, infiltrée, comme sphacélée. Et de fait, après l'opération, le malade rendit, par la sonde des débris, de muqueuse qui troublèrent le fonctionnement de la sonde à demeure ; il y eut alors des hémorragies assez importantes, toujours par la vessie, et le malade succomba au douzième jour, sans fièvre, de cachexie urinaire et d'intoxication. Il avait des lésions rénales bilatérales. C'est le seul malade que j'aie perdu, et ce n'est pas encore beaucoup, étant donné que l'opération s'adresse le plus souvent à des organismes usés et à des individus âgés.

Voyons maintenant le résultat *thérapeutique* : mais ici je ne puis guère parler de résultat éloigné. Quelques-uns de mes malades sont opérés depuis trop peu de temps pour que je puisse escompter le résultat obtenu comme définitif : ils n'ont pas encore subi l'épreuve du temps. Chez quelques-uns cependant, ce résultat est déjà appréciable.

Voici d'abord deux malades opérés pour des attaques aiguës de rétention : chez eux, la dysurie durait depuis longtemps, elle s'était accrue dans ces derniers temps de telle façon que la rétention était devenue complète. Chez eux, à la suite de l'opération, la vessie a retrouvé sa contractilité, la dysurie a disparu, la vessie se vide, et les urines restent claires : mais ces cas-là ne peuvent rien prouver pour l'avenir de la prostatectomie. Quelque parfait que soit le résultat ultérieur, je n'aurais jamais le droit de dire ni

de penser que je ne l'aurais pas obtenu avec une autre méthode ni même sans intervention. Ces cas ont toujours fait le succès de toutes les méthodes utilisées pour le traitement de l'hypertrophie prostatique : je revois encore de temps en temps un malade qui, il y a huit ans, voulut bien accepter la castration pour des accidents aigus de rétention et d'hématurie. Aussitôt après l'opération, les accidents disparurent, et depuis, jamais ne se sont produits : actuellement, la prostate est atrophiée, et ce malade jouit d'une santé parfaite. A côté de celui-là, je mettrais volontiers d'autres malades chez lesquels les premiers accidents furent soignés par la sonde, et des années se passèrent sans que ces accidents se soient à nouveau reproduits. Il n'en est pas moins intéressant de constater que, à ce point de vue, la prostatectomie n'est inférieure à aucun de ces moyens, et que, s'adressant à l'obstacle lui-même, elle a beaucoup de raisons pour leur être supérieure.

Mais c'est bien plus avec les accidents *chroniques* qu'il s'agit d'envisager le bénéfice et les résultats de la prostatectomie : et il faut encore distinguer ici les rétentions *complètes* et les rétentions *incomplètes.*

Dans la série des rétentions *complètes chroniques*, voici deux malades qui depuis sept ans l'un, et l'autre depuis dix mois, faisaient continuellement usage de la sonde et qui ont, de suite après l'opération, évacué leur vessie. Le résidu qu'ils conservent est de 10 à 20 grammes et n'exige plus l'usage de la sonde.

Par contre, deux malades opérés pour des accidents de rétention incomplète, avec cystite, et résidu de plus de 100 grammes ont gardé, à la suite de l'opération qui remonte à plus de trois mois, une incontinence complète d'urine. Ils perdent leur urine constamment et le jour et la nuit; mais ce résultat ne saurait être définitif. Cette incontinence à la suite de la prostatectomie, déjà signalée dans la thèse de Petit, est d'ordre purement mécanique. Elle résulte des changements apportés par la suppression de la prostate à la statique du col et se produit même chez les malades dont le col vésical n'a pas été touché. Chez mes deux malades, j'avais dû faire passer à travers le col dilaté des calculs vésicaux, dont l'un avait 3 centimètres de diamètre : il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'incontinence s'établisse à la suite. Mais cette incontinence n'est jamais que temporaire, et sur un autre de mes malades qui, après l'opération, avait présenté le même inconvénient, j'ai vu l'incontinence devenir d'abord diurne et disparaître enfin complètement. Il y a là cependant un inconvénient susceptible d'entraver pour un temps le bénéfice définitif de l'opération.

Enfin, chez deux autres malades atteints de rétention incomplète

j'ai profité d'hématuries abondantes et répétées pour poser l'indication de prostates, qui n'étaient pas très augmentées de volume. Chez l'un, les hématuries ont cessé en même temps que le résidu disparaissait : chez l'autre, les hémorragies se sont reproduites, et j'avais fait une erreur de diagnostic en attribuant malgré une surveillance de quelques mois ces hémorragies à la prostate qui n'était pas en cause; mais le résidu a disparu.

Plusieurs de mes malades sont toujours en traitement, et ne peuvent encore entrer en ligne de compte. Je puis cependant discuter quelques-unes des *indications* que je reconnais actuellement à la prostatectomie.

La prostatectomie représente certainement le traitement de choix de l'hypertrophie prostatique : dès 1900, dans un rapport au Congrès sur le traitement de cette maladie, j'établissais sur des documents authentiques et précis la faillite des autres méthodes, et je laissais entrevoir la prostatectomie, comme devant se substituer à toutes les autres.

Et cependant, il ne s'ensuit pas que la prostatectomie s'adresse à tous les cas; nous devons même éviter avec un soin jaloux de compromettre, par une application intempestive, l'avenir de cette opération et nous devons essayer dès maintenant de définir ses indications et ses contre-indications.

Une première indication se présente, c'est la *dysurie* : faut-il chez tout individu qui présente vers la soixantaine des troubles mictionnels enlever la prostate? Je réponds catégoriquement : non. La prostatectomie a des inconvénients, elle éteint les derniers restes d'une génitalité défaillante, et les malades ne doivent en être privés qu'à la condition d'un bénéfice thérapeutique très réel. Or, s'il est vrai que la dysurie est le premier des symptômes de l'hypertrophie prostatique, s'il est vrai que la marche des accidents est en général progressive, cette évolution est quelquefois si lente que l'on a tout le temps nécessaire pour remédier plus tard, s'il y a lieu, à des accidents plus sérieux. Pour ma part, j'attendrais la faillite de la musculature vésicale, j'attendrais la rétention. Et en présence d'un individu âgé présentant actuellement une grosse prostate et une rétention aiguë, avec une dysurie datant de longtemps, je proposerais volontiers la prostatectomie. Je dis « avec une grosse prostate », parce que l'hypertrophie prostatique dans ces conditions a les plus grandes chances de prolonger, de répéter le trouble fonctionnel qu'elle entraîne et de conduire peu à peu le malade à l'infirmité que nous connaissons. C'est dans ces conditions que Proust a opéré son malade : c'est dans ces conditions que j'en ai également opéré deux et le résultat fut très bon, immédiatement. On pourrait évidemment nous

objecter que la prostatectomie est inutile en cette circonstance, parce que toutes les autres méthodes donneraient un résultat équivalent. Toutes les méthodes, je le sais, ont réussi dans ces cas, mais aucune ne s'adressait exactement à la prostate aussi bien que la prostatectomie qui, seule, supprimait la cause des accidents à venir, est sûrement une opération à la fois préventive et curative.

Mais je n'oserais plus raisonner de même, si, au cours d'une première rétention, je me trouvais aux prises avec une prostate de petit volume : ici je ne verrais plus assez les bénéfices à obtenir, ici les inconvénients d'une opération hâtive m'apparaissent clairement, et je veux me souvenir que des moyens très simples sont venus à bout souvent et pour longtemps, de ces accidents dans lesquels une congestion intense, mais temporaire, a joué le rôle primordial.

L'indication de la prostatectomie se présente d'une façon moins discutable quand il s'agit de *rétentions chroniques*. Et en ce qui concerne les rétentions chroniques complètes, je serais volontiers absolu et j'accepte qu'elles comportent toutes l'ablation de la glande, toutes les fois que le volume de la prostate ou l'hypertrophie de son lobe moyen joue un rôle dans la pathogénie de la rétention.

Dans le cas où l'obstacle est primitif et l'inertie vésicale secondaire, on peut espérer, comme je l'ai vu chez quelques-uns de nos malades, comme plusieurs des observations d'Albarran le prouvent, on verra une contractilité, depuis longtemps perdue, revenir et les malades en rétention depuis longtemps vider complètement leur vessie ; c'est dans ces cas, que la prostatectomie donnera ses meilleurs résultats.

Dans ces *rétentions incomplètes* au contraire, il est à craindre que la musculature vésicale non suppléée par la sonde ne s'améliore pas sensiblement à la suite de l'opération ou que les malades ne soient, à la suite de l'opération, obligés de recourir encore au cathétérisme. Mais ici, cependant, toutes les fois que le volume de la prostate permet de penser que l'inertie vésicale est bien secondaire, il me paraît utile de faire bénéficier le malade de la prostatectomie : ici d'ailleurs, une autre indication, le *calcul*, peut conduire au même résultat. Chez le prostatique, la prostate est la cause réelle de la localisation vésicale des calculs, qu'ils viennent du rein, ou qu'ils trouvent dans la vessie une cystite chronique pour expliquer leur production, qu'ils soient en un mot primitifs ou secondaires, ces calculs naissent, se forment ou séjournent dans la vessie, parce qu'il y a une prostate au-devant d'eux et que celle-ci empêche leurs expulsion. Ces malades sont

condamnés à la lithotritie périodique, non pas qu'on ne puisse les débarrasser complètement par le broiement, mais parce qu'on laisse persistantes les conditions qui ont présidé à la formation du calcul. Je vous en ai présenté un cette année; il avait été lithotritié par un de nos collègues et complètement débarrassé quelques années avant. Cela ne l'a pas empêché d'accumuler à nouveau quatre-vingts et quelques calculs uriques dans sa vessie, derrière une énorme prostate, et n'aurait-il eu aucun trouble vésical que j'aurais vu chez ce malade une indication d'enlever des calculs à travers la prostate pour en même temps enlever cette dernière; et je vois enfin, dans la récidive calculeuse une indication de la prostatectomie et dans la prostatectomie un moyen d'enlever les calculs et surtout de prévenir leur formation.

Je donne donc, vous le voyez, Messieurs, à la prostatectomie des indications très étendues, mais je les base surtout et avant tout sur le volume, et je crois que en multipliant les interventions pour les très petites prostates, on s'exposerait à des échecs thérapeutiques.

Mais, s'il y a à la prostatectomie des indications, il y a aussi des *contre-indications* et je les comprends si bien que, opérant dans un service où les prostates affluent par milliers, je n'en ai trouvé dans ce service que quelques-unes à enlever.

C'est que la plupart de nos sujets sont âgés et qu'au delà de soixante-douze ans, je ne vois plus guère l'avantage de risquer une opération, après tout sérieuse, pour un bénéfice de quelques années, la plupart de nos malades sont des infectés, et souvent j'ai cru devoir ajourner une opération parce que des phénomènes infectieux graves auraient imposé à notre opération une réelle gravité. Enfin d'autres contre-indications sont du ressort de la chirurgie en général et n'ont pu être transgressées.

C'est entre soixante et soixante-dix ans que la prostatectomie trouvera, je pense, ses plus heureuses applications; il faut, en effet qu'elle ne soit ni précoce, ni tardive. Précoce, elle aurait l'inconvénient de priver le malade encore jeune de facultés génésiques encore actives: tardive, elle s'adresserait à des organismes usés, infectés, intoxiqués, et chez lesquels elle ne serait plus à même de donner, même au cas de succès, un bénéfice à longue portée.

C'est dans ces limites que j'entrevois actuellement la prostatectomie, et l'avenir nous montrera dans quelle proportion mes prévisions sont légitimes.

M. J. Albarran. — Lorsqu'il y a près d'un an j'exposai devant la Société de chirurgie le résultat de mes dix-huit premières prostatectomies périnéales, ma communication fut accueillie avec un

certain scepticisme : dix-huit succès sur dix-huit interventions démontraient sans doute que l'opération, jusqu'alors considérée comme grave, était en réalité peu dangereuse, mais on doutait du résultat éloigné de l'intervention. La doctrine si longtemps régnante de l'impuissance définitive du muscle vésical chez les prostatiques arrivés à une certaine période, était encore trop acceptée pour qu'on pût croire que l'extirpation de la prostate permît le retour durable de la miction spontanée. En fait, je ne pouvais alors, sauf un cas datant d'un an et demi, que présenter des observations dont les plus anciennes ne dataient que de quatre mois et de six mois.

Depuis notre discussion il a été fait en France un certain nombre de prostatectomies périnéales et ceux mêmes qui n'avaient jamais trouvé d'indications à l'opération l'ont pratiquée.

Je m'étais proposé aujourd'hui de ne vous parler que des résultats éloignés de la prostatectomie, mais la communication de mon ami Legueu me conduit à dire deux mots sur des points de technique opératoire.

D'après notre collègue, le morcellement serait inutile et défectueux. Après une longue pratique de l'opération je crois au contraire devoir recommander le morcellement dans la plupart des cas. Sans doute on peut, dans les occasions favorables, bien enlever la prostate en deux morceaux et il n'est point difficile d'opérer presque toujours brillamment. Mais il suffit d'étudier avec soin les cas qu'on opère pour comprendre avec quelle facilité on peut produire d'importants dégâts urétraux, et il suffit de regarder des pièces d'autopsie pour se rendre compte de l'impossibilité qui existe presque toujours à bien séparer la portion prostatique de l'urètre en enlevant la prostate en deux moitiés. En voulant opérer trop vite et trop brillamment on fait souvent des opérations incomplètes ou on détermine des dégâts qui peuvent être cause de rétrécissements ultérieurs de la portion prostatique de l'urètre. Il faut compter avee ces rétrécissements, dont on a publié plusieurs observations en Amérique et dont M. Legueu vient de nous donner un nouvel exemple.

C'est pour éviter les blessures de l'urètre et du col, c'est pour bien enlever la prostate que je pratique, sauf dans des cas exceptionnels, le morcellement méthodique.

Au sujet de la non-ouverture de l'urètre je dirai encore qu'il suffit de regarder quelques prostates hypertrophiées, pour rejeter cette idée qui paraît naturelle à première vue. Ceux qui ont voulu opérer ainsi ont toujours blessé l'urètre. En outre, en laissant l'urètre intact on ne peut bien diagnostiquer, et moins encore bien opérer, les saillies développées dans la portion pré-sperma-

tique de la prostate. Mieux vaut l'ouvrir franchement, suivre du doigt et de l'œil ce que l'on fait. C'est le très grand mérite du procédé de Gosset et Proust que d'avoir facilité grandement l'opération en réglant l'ouverture de l'urètre. Il suffit d'ailleurs de faire une ouverture peu considérable pour opérer à l'aise.

En ce qui regarde la suture complète de l'urètre après l'extirpation de la prostate, je pense ce que j'ai dit dès le début : il vaut mieux faire une suture partielle et drainer temporairement (quatre à cinq jours en moyenne) par le périnée. C'est plus sûr et tout aussi rapide. Chez deux de mes malades j'ai fermé complètement l'urètre et mis une sonde à demeure : tous deux ont eu une fistule urinaire périnéale plus longue à guérir que dans les cas habituels.

Avant de parler du point essentiel de ma communication, je dirai encore un mot sur la gravité opératoire.

Gravité de l'opération. — J'ai pratiqué quarante-deux prostatectomies périnéales et je n'ai perdu qu'un de mes malades. C'était un homme âgé de soixante-dix ans, atteint depuis cinq ans de rétention chronique complète avec des urines très purulentes et pyélo-néphrite double; il supporta bien l'opération, mais après avoir présenté une large escharre sacrée, il finit par mourir cachectique cinq semaines après l'opération. La longue survie de mes opérés de tout âge et de toute condition (le malade le plus âgé avait soixante-quatorze ans) démontre à l'évidence le peu de gravité de la prostatectomie périnéale. C'est un point aujourd'hui acquis et sur lequel il me paraît inutile d'insister.

Résultats thérapeutiques. — Je passerai rapidement sur 11 de mes opérés que je n'ai pas pu suivre plus de six mois après l'opération : 2 d'entre eux sont récemment opérés et gardent encore le lit; chez les 9 autres, l'opération est de date trop récente, ou j'ai perdu les malades de vue, mais, point important, tous pouvaient uriner spontanément aux dernières nouvelles.

Trente autres malades ont pu être suivis plus de six mois; je les rangerai en trois catégories, suivant qu'ils étaient atteints de rétention complète récente, de rétention chronique incomplète ou de rétention chronique complète.

1° *Rétentions de date récente.* — Cette catégorie comprend 4 malades ayant tous des rétentions complètes d'urine datant de treize à vingt et un jours; 3 d'entre eux avaient déjà eu d'autres rétentions. Ces 4 malades sont guéris; ils vident parfaitement leur vessie.

2	8 mois après l'opération.
1	11 — — —
1	15 m. 1/2 — —

2° *Rétentions chroniques incomplètes.* — Les 14 malades de ce groupe se répartissent ainsi : 8 opérés depuis six mois à un an, dont :

	Résidu avant l'opération.	Résidu aux dernières nouvelles.
	—	—
5. . . .	De 100 à 550 grammes.	0
2. . . .	De 100 à 200 —	30 à 80
1. . . .	De 100 à 150 —	100 à 150

Cinq autres malades sont opérés depuis un an à treize mois et demi ; parmi eux :

	Résidu avant l'opération.	Résidu actuel.
	—	—
3. . . .	De 150 à 400 grammes.	0
1. . . .	500 grammes.	30
1. . . .	De 150 à 200 grammes.	100 à 150

On voit, d'après ces chiffres, que sur les 13 malades atteints de rétention chronique incomplète que j'ai pu suivre de six à treize mois et demi après l'opération, 8 vidaient complètement leur vessie ; 3 autres gardaient un résidu moindre qu'avant l'opération, et les 2 derniers ont un résidu semblable à celui qu'ils avaient avant d'être opérés. Ces 2 malades étaient tous deux de vieux prostatiques atteints de cystite et de pyélo-néphrite ; tous deux se servaient, plusieurs fois par jour, de la sonde. L'un ne se sonde plus que deux fois par semaine, l'autre tous les huit jours pour laver sa vessie. Ces deux malades sont améliorés, mais non guéris.

Un dernier malade de cette série, opéré en mars 1900, avait une rétention incomplète de 150 à 180 grammes ; en octobre 1901, ce malade vidait sa vessie et ne se sondait plus ; en juin 1902, *deux ans et trois mois* après l'opération, j'ai su qu'il était toujours en bon état.

3° *Rétentions chroniques complètes.* — J'ai pu suivre 12 malades de cette catégorie :

Sept malades, chez qui la rétention complète datait de trois mois à dix ans, n'ont aucun résidu de six mois et demi à huit mois après l'opération.

Quatre autres malades, dont la rétention complète datait de huit mois à cinq ans, vident complètement leur vessie de treize à dix-huit mois après l'opération.

Le dernier de ces 12 malades était un vieillard de soixante-huit ans, en rétention complète depuis cinq ans ; il avait une grosse prostate, et un énorme calcul qui m'obligea à couper le col de la vessie. Opéré depuis treize mois et demi, ce malade m'écrit

qu'il urine facilement, deux fois dans la nuit, mais que le jour il perd facilement ses urines. Il n'a plus dû se sonder depuis l'opération.

Il est remarquable de constater la guérison éloignée de tous ces malades, dont la rétention complète au moment de l'opération était souvent très ancienne. Un de ces malades avait une rétention complète depuis trois mois, 9 des rétentions datant de huit mois à deux ans; chez l'un, la rétention complète datait de cinq ans, et, chez un autre, de dix ans; ce dernier malade est opéré depuis neuf mois et demi.

Jetant un coup d'œil d'ensemble sur les résultats de la prostatectomie périnéale sur les malades qui ont pu être suivis plus de six mois, nous trouvons :

Sur 16 rétentions complètes d'urine, récentes ou très anciennes, 15 guérisons complètes se maintenant de six mois à un an et demi après l'opération; 1 malade vidant sa vessie, mais ayant facilement de l'incontinence diurne.

Sur 14 rétentions chroniques incomplètes, 9 guérisons complètes de six mois à deux ans et trois mois après l'opération, 3 autres malades vidant à peu près bien leur vessie, et 2 améliorés, quoique ne vidant pas mieux leur vessie qu'avant l'opération.

J'ajoute que la plupart des opérés sentent le besoin d'uriner toutes les deux ou trois heures pendant le jour, et une, deux ou trois fois pendant la nuit.

Il est à remarquer que c'est dans le groupe de prostatiques, avec rétention incomplète et chronique d'urine, que l'extirpation de la glande donne les moins bons résultats.

D'ailleurs, tous les traitements opératoires de l'hypertrophie de la prostate, et, notamment, l'opération de Bottini, réussissent mieux dans les cas de rétention complète que dans ceux de rétention incomplète.

Parmi mes opérés, il en est 2 atteints de rétention chronique incomplète, qui, quoique très améliorés dans leurs symptômes, conservent le même résidu qu'avant l'opération. Chez tous deux, il existait une cystite très ancienne, et sans doute leur vessie est très sclérosée. Ces deux malades avaient relativement de petites prostates, puisque le poids de glande enlevée ne dépassait pas 20 grammes; mais j'ai vu 5 autres malades, dont la glande n'était pas plus grosse, guéris après l'opération. Le volume de la glande n'est donc pas tout, et il nous faudra encore une plus grande expérience avant que de pouvoir fixer, avec certitude, le pronostic pré-opératoire au point de vue de l'urine résiduale dans les rétentions chroniques incomplètes des prostatiques.

Je ne veux pas entrer dans la discussion des indications de la

prostatectomie périnéale; il nous faudra suivre pendant longtemps nos opérés avant d'aborder ce problème avec des documents assez démonstratifs; je préfère m'en tenir, pour aujourd'hui, au simple exposé de ce que j'ai observé.

A propos de l'appendicite.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je ne voudrais pas rouvrir une nouvelle discussion sur le traitement de l'appendicite; cependant il m'est difficile de laisser passer sans quelques réflexions la communication que nous a faite l'autre jour mon ami M. Legueu. Il est venu nous rapporter l'observation d'une malade qui, traitée par la glace, ayant une température bonne, un pouls régulier, aurait été prise subitement d'accidents péritonéaux graves, indiquant une généralisation de la péritonite. Appelé quelques heures après le début de ces accidents, M. Legueu jugea l'état si grave qu'il crut devoir s'abstenir de toute intervention. L'enfant mourut, et, à l'autopsie, on trouvait une péritonite suppurée généralisée, due très probablement à l'ouverture d'un abcès péri-appendiculaire dans le péritoine.

M. Legueu conclut en disant : « La temporisation, et une temporisation bien faite, est donc ici, une fois de plus, prise en défaut. »

Tout d'abord, je ferai remarquer à M. Legueu combien il est dangereux de conclure, dans un sens ou un autre, d'après un cas isolé, dont l'observation prête à discussion, et, sur certains points, est fatalement incomplète. M. Legueu ne nous dit pas, en effet, quelle a été la marche de l'affection, dans quelles conditions la malade était entrée à l'hôpital, quel était le début exact des accidents. Avait-on cherché à reconnaître cet abcès, non seulement par le palper abdominal, mais par le toucher rectal? Le diagnostic en avait-il été posé? Dans les courts instants qu'il a été donné à M. Legueu d'observer cette malade, a-t-il pu faire une enquête assez longue et assez minutieuse pour affirmer qu'aucune imprudence n'avait été commise expliquant la soudaineté des accidents? Les parents à la visite n'avaient-ils rien apporté? L'enfant était-elle restée docilement étendue? Le traitement par la glace et par la diète avait-il été rigoureusement suivi? Aucune purgation, aucun lavement n'avaient-ils été donnés imprudemment? L'observation de M. Legueu est muette sur tous ces points.

Or, que dirait notre collègue si les partisans de la temporisation venaient jeter dans la discussion des observations d'intervention

hâtive malheureuse qu'on retrouverait facilement rien qu'en lisant des journaux politiques, et si nous nous servions de pareilles armes pour combattre ceux qui ne pensent pas comme nous?

Je le repète, ces observations isolées n'ont pas, dans la discussion pendante, une grosse valeur. L'intervention hâtive, pas plus que l'expectation, n'a, à son actif, des statistiques vierges. Si, par un mode de traitement, on était sûr de guérir et de n'avoir jamais d'accidents, je ne ferais pas à mes collègues l'injure de penser qu'en pareil cas nous ne serions pas tous d'accord. Ce n'est donc pas un cas malheureux qui nous fera modifier notre opinion. Ce qu'il importe, c'est de comparer les statistiques importantes, et de voir si le pourcentage de l'intervention ou de la temporisation est différent? Or, nous disons jusqu'à preuve du contraire que, dans la comparaison de ces statistiques, l'avantage est du côté des temporisateurs.

Mais là encore il faut bien s'expliquer sur ce que nous entendons par la temporisation. Et, sur ce point, je suis heureux de l'occasion que fournit l'observation de M. Legueu, de nous expliquer.

Son observation serait surtout contraire à la temporisation systématique. Mais M. Legueu n'a qu'à relire nos bulletins pour voir que tous ceux qui, comme moi, ont combattu l'intervention hâtive systématique, n'ont aucun préconisé la temporisation systématique. Nous avons défendu toujours l'expectation armée, c'est-à-dire l'expectation qui cesse dès que nous constatons la présence d'un abcès. Nous avons tous été d'accord sur ce point qu'on ne devait pas laisser évoluer cet abcès, et, en attendant une résorption périlleuse pour le malade, laisser celui-ci courir le risque de fusées purulentes, de phlébites, de lésions du foie, des reins, ou d'une ouverture dans l'intestin, la vessie, voire même dans la cavité péritonéale, comme le fait s'est produit dans l'observation de M. Legueu.

Si j'insiste sur ce point, c'est que, dans ces derniers temps, j'ai vu de mes confrères, exagérant notre manière de voir, abuser de la temporisation, et nous appeler auprès de malades hectiques, en très mauvais état, où une intervention plus précoce aurait été nécessitée par la présence d'un volumineux abcès, dont on poursuivait bien inutilement, pour le plus grand préjudice du malade, le refroidissement.

Or, je le répète, si nous avons préconisé l'expectation, c'est l'expectation raisonnée et non la temporisation systématique que nous combattons, et contre laquelle seule s'élève l'observation de M. Legueu.

M. Chaput. — L'observation communiquée par M. Legueu est trop intéressante pour que je ne déclare pas combien je m'associe à ses conclusions.

Je voudrais à mon tour vous communiquer trois observations qui méritent de figurer au bilan de la question de l'opération à chaud ou à froid.

Dans la première observation il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans, qui avait eu déjà deux attaques d'appendicite méconnues, l'une il y a trois ans et l'autre en juillet dernier. Le 18 septembre 1902 il fut pris à minuit de douleurs abdominales violentes, avec quelques vomissements. Je le vis à dix heures du matin, son ventre présentait un ballonnement léger, avec douleurs disséminées; pouls à 110, température à 38; malgré la bénignité de ces symptômes, je me prononçai formellement pour l'opération qui fut faite à quatre heures du soir, par conséquent seize heures après le début. Je fis l'anesthésie à la cocaïne locale. Je trouvai un appendice gangrené avec péritonite purulente généralisée sans aucun cloisonnement, avec plusieurs centaines de grammes de pus. Je laissai la plaie ouverte pendant quatre jours, puis je suturai en laissant encore une mèche.

La guérison se fit sans aucune complication. Il n'est pas douteux qu'ici l'expectation n'aurait pu nous conduire qu'à un désastre.

Mon second cas, est relatif à un jeune homme de vingt-trois ans qui fut soigné en août 1901 d'une appendicite, par l'expectation. Le 13 décembre 1901 il fut pris d'une nouvelle attaque; il entra dans mon service à neuf heures et demie; je l'opérai immédiatement à la cocaïne lombaire. Je trouvai une péritonite purulente tout à fait généralisée avec un litre de pus, occasionnée par un appendice enflammé, tordu autour de son grand axe et présentant un sphacèle de la muqueuse et d'une partie de la musculeuse sur une hauteur de plus d'un centimètre. — Je drainai le péritoine avec des lames de caoutchouc — la guérison se fit parfaite et rapide.

Ainsi donc en moins de dix heures ce malade avait déjà fabriqué un litre de pus dans son péritoine. On pense avec terreur à l'impuissance du traitement médical en pareille circonstance.

Mon troisième cas est une opération à froid qui mérite quelques réflexions.

C'est un homme de vingt-trois ans; en juin 1901, première attaque d'appendicite. Le 16 novembre nouvelle attaque soignée médicalement par mon collègue et ami M. Œttinger. Le malade m'est adressé au commencement de décembre; son état local et général ne sont pas inquiétants. Il n'a pas d'albumine ni de sucre dans l'urine.

Opération le 5 décembre 1901, à la cocaïne lombaire. Rien d'anormal sinon une vascularisation anormale du cæcum et des tissus avoisinants qui saignent abondamment. L'opération s'exécute correctement.

Le lendemain matin, après une nuit très agitée, je trouve le malade en mauvais état; avec une hémorragie abondante dans la paroi et dans le péritoine, en outre oligurie et hématurie. J'évacue le sang de l'abdomen.

Les jours suivants l'hématurie et l'oligurie persistent, ainsi que l'agitation, puis la température s'élève, le délire survient, puis l'anurie complète avec œdème, et enfin la mort.

A l'autopsie, le péritoine est indemne d'infection, mais on trouve deux gros reins blancs. Cette lésion explique tous les phénomènes d'hématurie et d'anurie.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue; je n'insisterai pas sur ce fait qu'une opération à froid a été mortelle, car il tombe sous le sens que l'opération n'a été que l'occasion d'une mort imminente.

Une autre question se pose : la néphrite était-elle antérieure ou postérieure à l'appendicite? Je ne pense pas qu'elle ait été antérieure à l'infection appendiculaire, sans cela le malade n'aurait pas supporté une infection de cette espèce. Si elle est postérieure, il est possible d'admettre avec M. Dieulafoy qu'elle a été déterminée par l'infection partie de l'appendice.

Dans cette hypothèse, on arrive à conclure que l'expectation a laissé aggraver l'état du malade, tandis que l'opération précoce l'aurait guéri, et, de plus, aurait préservé son rein.

Il est des cas vraiment angoissants pour le chirurgien : ce sont ceux où le malade, peu atteint en apparence, est pâle, avec un pouls petit et accéléré, avec quelques symptômes discrets tels que rétention d'urine ou rétraction du psoas.

La famille ne voit pas le danger, mais le chirurgien le soupçonne; il craint, s'il opère, d'avoir un échec que la famille ne lui pardonnera pas, vu la bénignité apparente de la maladie. D'autre part, s'il attend, la mort peut survenir avec ou sans opération, et on lui reprochera encore sa conduite.

Mon opinion est qu'il faut faire son devoir, c'est-à-dire exposer les dangers de la situation et laisser à la famille le soin de décider de la conduite à tenir.

A mon avis, tous les cas de mort après les opérations à chaud, s'expliquent par des lésions viscérales portant surtout sur le foie et le rein. Dans leur intérêt, les chirurgiens devraient toujours demander l'autopsie, qui les absoudrait complètement.

L'opération à chaud est, par elle-même, absolument bénigne.

A part les cas de lésions viscérales dont j'ai parlé, l'opération précoce donnera des succès constants à la condition d'être pratiquée dans les quarante-huit heures, et à la condition qu'on n'emploie pas le chloroforme ni l'éther ; ces agents altèrent le rein, facilitent l'infection et aggravent singulièrement le pronostic opératoire.

Je n'emploie plus la cocaïne lombaire pour les laparotomies, parce que l'excellente solution de Guinard ne procure pas une anesthésie suffisamment élevée; c'est pour cela que je n'utilise plus que la cocaïne locale dans toutes mes opérations d'appendicite. Je l'ai employée dans ma première opération, qui n'a pas été douloureuse et dont les suites ont été particulièrement bénignes.

Pour moi, la bénignité de l'opération à chaud réside exclusivement dans ces trois termes : *Pas de lésions viscérales*, *opération précoce*, *cocaïne locale*.

M. F. Legueu. — Je veux répondre deux mots aux critiques de M. Reynier : ma présentation, a-t-il dit, est dangereuse. Elle est surtout gênante pour lui. Je crois au contraire que ces faits, très instructifs, doivent toujours être vulgarisés, et si je n'avais pas fait connaître ce cas mortel, personne ne l'aurait publié. Ce cas est d'autant plus instructif que, ici, la temporisation avait été bien faite.

M. Reynier me dit qu'il aurait opéré : je suis très heureux d'entendre mon maître dire qu'il aurait opéré ici, lui que je croyais un des partisans les plus convaincus de la temporisation. Moi j'aurais opéré par instinct; vous, vous auriez opéré par raisonnement. Le doute et la confiance nous conduisent au même résultat et cela prouve que, comme le disait Broca à Bruxelles : « en théorie nous nous combattons, mais en pratique nous agissons de même ».

Rapport.

Statistique opératoire de l'hôpital militaire de Blida (Algérie), de 1895 à 1900, par le médecin principal Dubujadoux,

par M. CHAUVEL.

Rendre compte d'une statistique est chose difficile pour le rapporteur, et je n'ai pas la prétention d'intéresser la Société par l'énumération de chiffres toujours arides. Cela se lit, une statistique, cela ne s'écoute guère ; aussi je serai bref.

Dans l'introduction de son volumineux travail, notre collègue de l'armée nous montre, par l'exposé des améliorations qu'il a su réaliser dans la salle d'opération d'un vieil hôpital, combien avec de l'intelligence, de l'ingéniosité et de la volonté, on peut, sans grande dépense, obtenir des résultats considérables. Il suffit de rester simple.

Pour un chirurgien militaire, c'est une qualité première, plus rare qu'il ne serait désirable par ce temps d'inventions très multipliées et souvent trop vite acceptées.

Comme statistique globale, M. Dubujadoux compte 854 opérations et 22 décès. Je ne signalerai que les interventions d'une certaine importance.

7 *ablations* de fragments osseux dans des fractures du crâne avec ou sans plaie : 6 guérisons, 1 mort.

13 *énucléations* du globe oculaire, pas de décès.

9 *amputations* du sein : 9 guérisons.

10 *empyèmes* : 9 guérisons et 1 décès. Pour éviter toute inquiétude de section de l'artère intercostale, notre confrère emploie la manœuvre suivante d'*apparence un peu brutale*, dit-il, mais absolument sûre. « L'espace intercostal découvert, on détache à la pointe du bistouri quelques fibres de la côte sous-jacente ; on plonge brusquement l'index droit qui fait trou et appuie vers la droite pendant que l'index gauche pénètre à son tour ; puis les deux doigts dos à dos s'écartent. En un instant, on a ouvert la plèvre aussi largement qu'on le désire. »

2 *gastrostomies*, 2 guérisons.

11 *abcès du foie*, dont 4 seulement consécutifs à la dysentérie avec 8 guérisons et 3 morts.

4 *kystes hydatiques* du foie, 1 décès.

2 *laparotomies* pour coup de feu pénétrant de l'abdomen : 1 guéri, 1 mort.

3 *laparotomies* pour coup de couteau pénétrant de l'abdomen : 3 morts attribuées à l'époque tardive à laquelle l'intervention a pu seulement être pratiquée, les hommes blessés n'ayant été amenés à l'hôpital qu'en pleine péritonite.

4 *laparotomies* pour contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval avec perforation intestinale : 3 guérisons et 1 décès. Dans 6 cas où l'intervention n'a pas été jugée opportune, les 6 blessés ont guéri. M. Dubujadoux, dans ses commentaires sur ses observations, discute longuement les indications de l'expectation et de l'action chirurgicale ; inutile, il me semble, de rouvrir un débat sur ce point.

1 cas d'*appendicite* avec péritonite généralisée : 1 décès. Je ne

puis ne pas être frappé de voir un chirurgien de grande activité ne trouver qu'une seule fois, en l'espace de cinq ans, l'indication de pratiquer l'appendicectomie. Est-ce rareté spéciale de l'appendicite à Blida? Il est difficile de ne pas l'admettre quand on connaît les capacités et les tendances chirurgicales de notre distingué collègue. Mais il est probable aussi que ses convictions sont en faveur du traitement médical et de la non-intervention, bien qu'il n'y fasse aucune allusion dans son travail.

Hernies. A) Hernie étranglée : 9 avec 1 décès;

B) Cure radicale : 305, pas de décès.

La proportion des hernies, au point de vue du siège, fut :

286 inguinales.
12 crurales.
3 ombilicales.
4 ligne blanche.

Au point de vue de la nature, je note :

252 entérocèles pures.
11 entéro-épiplocèles.
23 épiplocèles.

Au point de vue de l'âge :

243 adultes.
43 enfants.

Je passe sous silence le manuel opératoire conseillé par M. Dubujadoux. Il n'a rien de particulièrement spécial bien que, comme presque tous les chirurgiens, notre confrère ait son tour de main et sa façon de faire. Sur les nombreux malades qu'il a pu suivre pendant *un an au moins*, il ne compte que 2,50 p. 100 de récidives, bien que tous aient repris, et sans porter aucun bandage, des travaux nécessitant de grands efforts musculaires.

Ovariotomies : 8, avec 1 décès chez une femme de soixante-et-un ans, à kystes ovariques multiples.

Hystérectomies : 7 avec 6 guérisons.

Opération césarienne : 1 avec 1 décès.

Taille hypogastrique pour calcul : 3 et 3 guérisons.

Urétrotomie interne : 10 et 10 guérisons.

Urétrotomie externe : 2 et 2 guérisons.

Varicocèle : 14; *hydrocèle* 12 sans décès.

Hémorroïdes : 18; *fistule anale*, 20; tous guéris.

Ablations de masses ganglionnaires : 34 sans aucun décès.

Opérations sur les membres. Elles comprennent :

64 *amputations* sans décès, dont : 10 de cuisse, 3 de jambe, 4 sous-astragaliennes, 4 de bras, 2 d'avant-bras, 38 de doigts ou d'orteils.

14 *résections*, dont 3 de l'épaule, 3 du coude, 3 du genou, 2 de la hanche et 1 de l'os iliaque ayant entraîné la mort.

13 *évidements* osseux avec 13 guérisons.

5 *sutures osseuses*, dont 4 du tibia avec 5 guérisons ; 2 ablations de paquets variqueux avec résection de la veine saphène interne, 2 guérisons, etc.

Cette énumération, bien qu'incomplète, suffit pour montrer l'activité chirurgicale de M. le médecin principal Dubujadoux pendant son séjour à l'hôpital de Blida. Mais ce qui donne véritablement de l'intérêt à son consciencieux travail, c'est qu'il y a inséré, en les accompagnant de judicieux commentaires, toutes les observations qui méritent de frapper l'attention.

Bien des fois déjà, j'ai eu l'honneur de vous rendre compte de mémoires adressés à notre Société, par ce confrère, chirurgien des plus distingués de l'armée. Depuis longtemps, il frappe à notre porte. Je serais heureux si vous vouliez bien l'inscrire en bon rang parmi les candidats aux places vacantes de correspondant national, et le récompenser par vos votes de ses multiples et intéressantes communications.

En ce qui concerne sa statistique, je ne puis que vous demander de déposer honorablement, dans nos archives, ces volumineux manuscrits ; ils pourront y être utilement consultés.

Présentations de pièces.

Anomalie génitale.

M. Walther. — Je vous demande la permission, Messieurs, de de vous apporter quelques renseignements complémentaires sur l'anomalie génitale du sujet que je vous ai présenté dans la dernière séance.

J'ai fait avant hier, comme j'en avais l'intention, la cure radicale des deux hernies inguinales et voici ce que j'ai trouvé : 1° à droite, côté de la hernie volumineuse, un sac épais, charnu ; dans ce sac le corps ovoïde qu'on sentait par la palpation et qui n'était autre chose qu'un ovaire petit, un peu atrophié avec une trompe petite

aussi mais très bien conformée. Ces deux organes ont été réduits dans l'abdomen; 2° à gauche, un sac épais, vide ou du moins ne contenant qu'un cordon allongé maintenu par un repli contre la paroi du sac. Ce cordon était la partie moyenne de la trompe dont l'extrémité repliée, volumineuse, kystique plongeait dans l'abdomen, adhérente à un gros ovaire scléro-kystique et à l'épiploon; j'ai réséqué les annexes malades et l'épiploon. Vous voyez ici cette trompe et ce gros ovaire, sclérosé avec de nombreuses cavités kystiques et un corps jaune.

En terminant l'opération, comme la résection de l'épiploon et des annexes avait été assez laborieuse à travers le canal inguinal, j'ai fait une petite incision médiane de laparotomie, pour vérifier l'état des quatre pédicules épiploïques et des pédicules des annexes.

J'ai pu ainsi constater l'existence d'un utérus petit, mais bien conformé.

Ce sujet, malgré les apparences des organes génitaux externes et dont les organes génitaux internes sont bien conformés, est donc bien une femme comme pouvait le faire prévoir la menstruation régulière que je vous avais signalée.

M. Félizet. — Nous nous sommes, vous le voyez, trompés sans réserve, en attribuant le sexe masculin au jeune ouvrier sellier que M. Walther vous a présenté et dans lequel il a persisté à voir une jeune fille.

La forme typique et le volume du gland, la présence dans les trajets inguinaux d'une masse ovoïde, élastique et résistante, la configuration hypospadique du méat urétral, la longueur relative du périnée, tout cela nous avait convaincu qu'il s'agissait d'un jeune homme, atteint d'un hypospadias quasi total.

Nous avons eu le tort de nous contenter des renseignements fournis par l'inspection et une palpation superficielle; nous n'avons vu ici le malade que debout, nous ne pouvions ni le sonder ni pratiquer le toucher rectal. Nous avions, heureusement, la ressource des deux hernies inguinales, dont l'opération radicale était indiquée. Nous pensions bien, qu'au cours de l'intervention, on pourrait engager le doigt et explorer directement les organes génitaux.

M. Walther a très adroitement tiré parti de son opération, et je salue la démonstration précise et péremptoire qu'il a faite, vite et bien, de mon erreur.

Je vous présenterai bientôt un sujet de treize ans, atteint d'un hypospadias pénien et dont je vais achever prochainement la cure. On me l'avait conduit, il y a trois ans, à l'hôpital Tenon :

c'était un hermaphrodite. On l'avait couché dans la salle des filles.

Il avait un gros clitoris, identique à celui de la malade de M. Walther.

La vulve était, à première vue, très présentable, les petites lèvres étaient rudimentaires ; pas de vagin. Les grandes lèvres étaient, en dépit du jeune âge, garnies de poils naissants. Dans le bas de ces grandes lèvres, deux tumeurs ovoïdes; mais dans chacune de ces deux tumeurs, on distinguait nettement, des deux côtés, un testicule et une épididyme continuée par un cordon que l'on pouvait suivre jusque dans le trajet inguinal, dont l'orifice externe était fermé. Pas trace de hernie.

Le cathétérisme montrait un urètre de 4 centimètres, descendant presque verticalement d'un col vésical contractile et bien formé.

Par le toucher rectal, on sentait la sonde à travers une membrane qui n'avait pas plus de 5 millimètres d'épaisseur. Plus haut, pas trace d'utérus, le doigt rencontrait, sans interposition le bec de la sonde dans le fond de la vessie.

Le sujet fut installé dans la salle des garçons, et je l'opérai. Après un large avivement en surface, j'accolai les deux bourses, sans les ouvrir, bien entendu, et, par un petit artifice de suture à deux plans, je constituai un raphé.

La réfection du pénis échoua dans toute la partie antérieure; j'ajournai la reprise de l'intervention à plus tard: l'enfant, un dégénéré indocile et malpropre, avait infecté ses sutures avec son urine.

Il nous est revenu ces jours-ci, plus sage et résolu à guérir : c'est un hypospadias pénien et balanique très ordinaire.

Ce n'est plus, vous le verrez, la question de l'hermaphrodisme qui se pose : c'est un simple fait de chirurgie opératoire. La question de sexe a été vite résolue par le toucher rectal, grâce auquel on a pu, d'emblée, sentir la sonde dans l'urètre postérieur, à travers une cloison plane, mince, souple, homogène et sans interposition d'aucun organe.

Actuellement, les testicules sont bien développés et toujours à leur place au fond des bourses : le malade a des érections qu'il prend plaisir à provoquer, et des éjaculations abondantes que je n'ai pas encore osé lui demander de recueillir, pour les examiner au microscope, ne voulant pas lui fournir un prétexte de se livrer à des manœuvres qui l'épuisent et l'abrutissent. C'est un homme.

M. Brun. — En regardant les photographies, on aurait pu diagnostiquer le sexe de ce sujet. Il résulte d'un travail publié par Roger dans *La Presse médicale*, que j'avais signalé à Walther,

que, quand on examine les plis des organes génitaux externes, si ces plis sont horizontaux, il s'agit d'un scrotum ; s'ils sont verticaux, ce sont des grandes lèvres.

M. Lucas-Championnière. — Je ne trouve pas que nous ayons eu si grand tort de nous tromper, car ces faits sont exceptionnels. Le diagnostic basé sur la disposition des plis ne me satisfait pas. Ce qu'il faut que nous sachions, c'est qu'il s'agit là d'un fait tout à fait exceptionnel et en dehors de ce que nous voyons. L'existence seule des règles pouvait faire penser qu'il s'agissait d'une femme.

M. Walther. — Mon ami M. Brun m'avait signalé, mercredi dernier le travail de notre collègue M. Roger et j'avais recherché la disposition des plis périnéaux.

Je dois dire qu'elle ne m'a pas paru assez caractéristique pour qu'on pût en tirer une indication bien nette.

Polype naso-pharyngien.

M. Chavasse. — Je vous présente un polype du naso-pharynx dont j'ai fait l'ablation, au mois d'août dernier, par la voie bucco-pharyngée, directement, sans aucune opération préliminaire. Le malade, porteur de cette tumeur, était un Breton, âgé de vingt-deux ans, comprenant à peine la langue française, de sorte qu'il a été fort difficile de se renseigner sur la date de l'apparition des premiers symptômes (probablement quatre ans) ; il aurait eu des épitaxis assez fréquentes et abondantes depuis environ deux ans. Lorsque je l'ai examiné, il avait le teint terreux, la voix enrouée, tenait constamment la bouche ouverte et présentait l'aspect classique des sujets atteints d'obstruction nasale; la respiration buccale étant seule possible, il émettait, dès qu'il s'endormait, des ronflements bruyants qui troublaient le repos de ses voisins de salle. L'exploration buccale montrait une tumeur rougeâtre, descendant au-dessous du voile du palais qu'elle refoulait en avant, et présentant sur la partie visible de sa face antérieure une ulcération peu profonde, qui avait les dimensions d'une pièce de un franc et était certainement d'origine mécanique. Le toucher digital permettait de reconnaître que cette tumeur, de consistance ferme, rénitente, remplissait à peu près complètement le pharynx nasal, surtout dans la moitié gauche et qu'elle était implantée, sans trace de pédicule véritable, sur la voûte du pharynx, c'est-à-

dire sur l'apophyse basilaire. Par la rhinoscopie antérieure, on apercevait des prolongements qui occupaient la partie profonde des divers méats de la fosse nasale gauche; la fosse nasale droite n'était pas envahie. Une fine bougie en gomme introduite dans cette dernière pouvait s'insinuer entre la face latérale droite du pharynx et la tumeur, et venir se montrer au fond de la cavité buccale, particularité que j'ai mise à profit, lors de l'opération, pour disposer les éléments nécessaires à la mise en place rapide d'un tamponnement pharyngien éventuel. L'exploration des sinus maxillaires par la transillumination dénotait une transparence parfaite, et, par conséquent, l'absence d'envahissement par un prolongement du polype. Il n'existait aucune déformation appréciable de la face.

Des résultats de cet examen il était permis de conclure que le polype était en somme assez simple avec un seul prolongement intra-nasal et, par conséquent, que son ablation directe par la voie bucco-pharyngée n'offrirait pas de difficultés sérieuses à la condition de se conformer à la règle souvent formulée dans les discussions de la Société de Chirurgie, c'est-à-dire d'aller rapidement détacher la base d'implantation pour éviter l'hémorragie ou la réduire à son minimum. Du reste, si, chez mon malade, des prolongements avaient existé vers la fosse temporale, vers la cavité orbitaire ou dans le sinus maxillaire, je n'aurais pas davantage pratiqué d'opération mutilante ou temporaire. Après l'ablation directe de la tumeur principale à son point d'implantation et tamponnement éventuel du pharynx en cas d'hémorragie, je serais allé enlever successivement les divers prolongements, soit directement à travers les tissus mous de l'orbite ou de la fosse temporale, ainsi que cela a déjà été fait avec succès, soit pour le sinus maxillaire, directement à travers la paroi antérieure de cette cavité en y pénétrant par voie buccale, comme pour la cure radicale de la sinusite.

J'ai pratiqué l'opération en me conformant aux règles précises données par Escat (de Toulouse) et en employant son instrumentation. Le malade étant très courageux et l'intervention devant être simple, je me suis borné à l'anesthésie locale par les badigeonnages à la cocaïne, et, pour aller plus rapidement, je l'ai opéré assis sur une chaise comme s'il s'agissait d'une simple ablation de végétations adénoïdes; tout était prêt cependant pour un tamponnement éventuel du pharynx. Je n'ai pas eu à placer d'ouvre-bouche. La pince robuste d'Escat a suffi pour l'ablation, qui s'est effectuée en quelques secondes par des mouvements combinés de traction et de rotation. Malgré la force qu'il a été nécessaire de déployer, les mors de la pince, quoique entrés dans l'épais-

seur de l'implantation de la tumeur, ont été incapables d'en opérer la section et l'instrument a agi surtout comme forceps, par arrachement. Le polype a été nettement détaché de son point d'implantation et a entraîné avec lui les prolongements nasaux. La perte de sang a été insignifiante, pas même la valeur d'une cuillerée à bouche, moins, certes, qu'après l'ablation de végétations adénoïdes; ce fait indiquait que la totalité du polype était enlevée.

La rhinoscopie postérieure a montré que l'opération était complète et que le polype était implanté sur la voûte du cavum empiétant surtout à gauche de la ligne médiane et près des choanes. La surface d'implantation, reconnaissable à une teinte ecchymotique, avait une dimension un peu moins grande qu'une pièce de deux francs. Le polype extrait avait diminué d'environ le quart de son volume.

Ainsi qu'on peut le constater sur cette pièce, la tumeur se compose de trois lobes charnus inégaux de forme, de dimensions et d'épaisseur, appendus à une membrane épaisse parcourue par de nombreux vaisseaux veineux bleuâtres; cette membrane relie les lobes par leur centre.

L'examen microscopique d'une portion de la tumeur a été pratiqué au laboratoire du Val-de-Grâce par mon collègue Simonin et a montré qu'il s'agissait d'un fibrome muqueux (fibro-myxome). Voici les résultats de cet examen.

A la coupe, les lobes charnus de la tumeur paraissent constitués par du tissu fibreux, assez compact, de consistance demi-dure, de couleur blanche, lamelleux et comme feuilleté au voisinage de la surface, un peu mou et spongieux au centre.

Après durcissement dans les alcools successifs et inclusion dans la paraffine, deux fragments ont été prélevés sur les portions pharyngiennes et nasale de la tumeur et les coupes en ont été colorées à l'hématoxyline-éosine. A la surface de la tumeur, on trouve une couche épithéliale de cellules cylindriques à plateau cilié. Immédiatement au-dessous s'étagent des strates lâches de fibres connectives légèrement ondulées, infiltrées d'un certain nombre de cellules rondes de petites dimensions du type diapédétique ou inflammatoire. On voit également de gros vaisseaux gorgés de sang et à parois rudimentaires : ce sont des espèces de lacunes vasculaires bordées par des cellules endothéliales. Quant au centre de la tumeur, il est formé ou bien de tourbillons de fibres connectives fines et enchevêtrées, ou bien, dans certains points, d'un tissu amorphe ou vaguement fibrillaire, contenant un assez grand nombre de cellules du type connectif étoilées, à longs prolongements, comme on en trouve dans les myxomes.

L'opéré a quitté l'hôpital quelques jours après l'intervention, qui n'a été suivie d'aucun incident. Je lui ai recommandé de faire examiner de temps à autre son pharynx nasal et de venir me trouver si l'on constatait une récidive. La rhinoscopie postérieure rend cette surveillance des plus faciles chez les adultes. Si la récidive se reproduit, je me propose d'éradiquer de nouveau le polype soit avec la pince soit avec les rugines d'Escat, suivant les conditions présentes.

M. Pierre Sebileau. — C'est là une observation instructive, mais je crains un peu le caractère optimiste des conclusions qu'en tire notre collègue M. Chavasse. Il s'en faut que tous les fibromes naso-pharyngiens se ressemblent. Par sa nature (fibro-myxome), par son volume relativement peu considérable, par ses dispositions anatomiques (absence de prolongements extra-pharyngiens), par son évolution (pas d'adhérences secondaires), par son mode d'attache (insertion peu large sur la voûte du cavum), par sa simplicité clinique (pas d'hémorrhagies antérieures), on peut dire que le polype extirpé par M. Chavasse représente la tumeur idéale du naso-pharynx, celle que doit rêver un chirurgien et que pourrait presque souhaiter un malade. Mais, à côté de ces néoplasmes peu vasculaires qui, par leur structure et leur cantonnement, représentent bien le type de la tumeur bénigne, se dressent toutes les variétés de fibromes qui saignent et envahissent. Et ici, je ne parle pas seulement de ceux qui débordant du naso-pharynx s'infiltrent dans les régions voisines (orbite, fosse ptérygo-maxillaire, sinus etc) ; j'entends seulement ceux qui comblent le cavum, s'y enclavent et y prennent des adhérences secondaires. C'est précisément dans ces cas que l'extirpation rapide par les voies naturelles, cette avulsion un peu brutale qui donne de très heureux résultats dans les cas simples, comme celui dont vient de nous entretenir M. Chavasse, parce que la tumeur tout entière, arrachée d'un seul coup, ne saigne pas, c'est précisément dans ces cas, dis-je, que l'opération se complique. La prise est difficile et insuffisante, l'insertion du néoplasme étant large et multiple. L'avulsion n'est que partielle ; dès lors l'hémorragie survient, et survient toujours abondante. On se hâte dans le pharynx, mais on se hâte difficilement et maladroitement, dans l'obscurité (malgré l'éclairage), sur un doigt qui trouve des fragments de tumeur en plusieurs points. Fatalement alors, la pince manœuvre un peu à l'aveugle et j'affirme qu'il est très difficile d'arracher, par une série de prises, tout ce qui est à arracher et rien que ce qui est à arracher. Et alors cela saigne beaucoup. Si j'osais, je dirais même que, dans le cas particulier, il faut savoir se laisser

un peu effrayer par le sang. Ici l'hémorragie n'est pas facilement appréciable, comme elle l'est dans la plupart des opérations chirurgicales. Le sang s'écoule par le nez et la bouche; il mouille de nombreux tampons; quelquefois il est avalé en assez grande quantité; au total, le malade perd toujours plus de sang qu'il ne paraît en perdre. J'ai déjà vu mourir ainsi, peu de temps après l'opération, deux patients, dont un cette année-ci, dans mon service. En revanche, dans trois cas, l'arrachement fut assez facile; deux fois la tumeur vint aisément dans une seule prise; une autre fois, il fallut l'avoir par morceaux, et le malade, qui pourtant nous avait paru peu saigner, demeura pendant plusieurs semaines excessivement pâle, dans un état d'anémie très prononcé.

Voilà pourquoi je répète qu'il faut établir un départ entre les faits et qu'il serait dangereux de prendre à la lettre, pour les généraliser, les conclusions de notre collègue, M. Chavasse. C'est rendre, à mon sens, un mauvais service que de dire avec Doyen qu'on peut en tous cas, pratiquer sans danger d'hémorragie, par les voies naturelles, l'extirpation extemporanée des fibromes naso-pharyngiens.

Cela dit, je crois, comme M. Chavasse, qu'il convient d'appliquer à la presque totalité des polypes naso-pharyngiens l'exérèse par les voies naturelles. Celle-ci suffit presque toujours. Ces tumeurs, devenues, du reste, très rares, n'échappent pas longtemps, de nos jours, à l'examen rhinoscopique et n'atteignent plus maintenant qu'à titre exceptionnel le développement considérable qu'elles prenaient autrefois et qui mettait les chirurgiens dans l'obligation de recourir, pour les extirper, aux larges résections faciales.

La voie rétro-palatine suffit donc à la plupart des cas, tout au moins à ceux qui n'ont pas de prolongements faciaux, et la section du voile, qui n'a d'ailleurs aucun inconvénient sérieux, puisqu'on peut la corriger par une staphylorraphie extemporanée, est, je crois, ordinairement inutile, car elle ne donne pas beaucoup de jour.

Comme méthode d'extirpation, l'arrachement me paraît de beaucoup préférable à la rugination.

Les rugines de Doyen sont très incommodes; celles d'Escat sont, à mon avis, d'un maniement difficile. La pince de l'un et de l'autre est bonne. Il faut s'en servir fortement, si je puis ainsi dire, tordre et arracher; la tumeur vient alors avec son périoste d'insertion, et souvent avec des parcelles d'os.

On peut même appliquer cette méthode de l'éradication par les voies naturelles à certains fibromes munis de prolongements faciaux en enlevant d'abord la masse principale naso-pharyn-

gienne et en allant ensuite, comme le disait M. Chavasse, par des interventions secondaires, cueillir les bourgeons là où ils se sont développés ; mais c'est précisément ici que l'opération primitive devient plus grave, parce qu'elle conduit presque fatalement au morcellement et que c'est le morcellement qui fait saigner.

En résumé, je crois qu'en dehors des cas vraiment simples, il ne faut jamais donner comme certainement bénigne l'extraction extemporanée des fibromes nasopharyngiens, car il y a des dispositions anatomiques qui déjouent la main la plus habile.

Quelque éclairage qu'on se donne, cette opération reste, malgré tout, une opération assez aveugle et, dès qu'elle cesse d'être excessivement rapide, on peut dire qu'elle devient une opération dangereuse ou incomplète.

Pour ma part, je la redoute. Et je crois que toujours la redouteront ceux qui, comme moi, l'ont faite autrement que pour des cas très faciles.

M. Tuffier. — La structure histologique de la tumeur explique la facilité de l'ablation. Ces polypes fibro-myxomateux diffèrent des polypes fibreux ; leur base d'implantation est moins large, leur vascularisation est moins riche. Trélat insistait beaucoup sur ces différences, et il avait établi la distinction clinique entre ces deux variétés.

M. Bazy. — A l'appui de ce que vient de dire M. Sebileau, je rappellerai un fait que j'ai eu l'occasion d'observer quand j'étais chef de clinique du professeur Richet, et dont nos collègues Segond, Jalaguier et Rochard ont été témoins. M. Richet avait à opérer un polype naso-pharyngien, tout petit. Il l'attaqua par la voie nasale, il sectionna les os propres du nez et les rabattit en bas.

Par l'une des deux narines, il introduisit une curette pour faire sauter le pédicule du polype.

Prévoyant une hémorragie, il m'avait fait préparer une éponge trempée dans le perchlorure de fer à 30 degrés, pour s'en servir comme tampon.

A peine venait-il de toucher le polype, qu'une hémorragie formidable se déclara ; le malade fut inondé de sang, il devint immédiatement très pâle.

M. Richet s'empressa de mettre l'éponge dans le cavum. L'hémorragie s'arrêta immédiatement. Elle se reproduisit à deux reprises différentes, à quelques semaines de distance. Le malade mourut et nous eûmes l'explication de cette formidable hémorragie en voyant que le polype avait pénétré dans le sinus caverneux.

Tuberculose iléo-cæcale.

M. Routier. — Voici une pièce qui est le résultat d'un diagnostic incomplet ; c'est un beau spécimen de tuberculose iléo-cæcale.

Cette femme qui avait cette énorme tumeur iléo-cæcale tuberculeuse avait, en même temps, une rétroflexion utérine.

Elle avait eu des petites crises prises par son médecin pour des crises d'appendicite ; je n'en ai vu aucune, et par mon interrogatoire je n'étais pas très convaincu.

Elle n'avait aucun symptôme de rétrécissement et, cependant, le cæcum ne laisse passer que la sonde cannelée.

Des ulcérations serpigineuses siégent surtout sur le grêle.

L'appendice est plus gros que le pouce, envahi par des tissus graisseux ; sa muqueuse n'est pas malade.

Il y a neuf jours depuis l'opération, elle va bien.

Le Secrétaire annuel,
P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

A propos de la correspondance.

M. Ch. Monod offre, en son nom et en celui de M. Vanverts, le deuxième et dernier volume de son *Traité de thérapeutique chirurgicale.*

M. le Président remercie M. Ch. Monod, au nom de la Société de chirurgie.

M. Bazy présente une observation de M. Reynès (de Marseille), intitulée : *Lithiase rénale gauche. Pyélonéphrite chronique. Deux néphrolithotomies.*

Comme cette observation a trait à une autre observation insérée dans un rapport qu'il va faire, M. Bazy en donnera un résumé à l'occasion de son rapport.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur l'appendicite.

M. Moty. — Les cas d'appendicite que l'on est appelé à opérer d'urgence peuvent se diviser en deux groupes : celui des cas désespérés amenés trop tard au chirurgien, le plus souvent sous la rubrique d'obstruction intestinale ; et celui des cas aigus à pronostic douteux.

Du premier groupe, je dirai seulement qu'il faut opérer, pourvu qu'il y ait la moindre chance de sauver le malade ; car l'abstention est un aveu d'impuissance équivalent à un arrêt de mort. Mais contrairement à mon collègue Reynier, et bien que très partisan de la cocaïne locale, je suis revenu à la chloroformisation pour cette catégorie de malades, à cause de l'extrême sensibilité de l'intestin enflammé et de la difficulté qu'on éprouve à réduire les anses distendues par les gaz : cette sensibilité est telle que, même sous le chloroforme, les manœuvres de réduction arrachent des cris aux opérés ; de telle sorte que je n'aurais recours à la cocaïne que dans les cas où le gonflement abdominal manquerait.

Quant au second groupe, je tente toujours l'expectation en lui appliquant la même règle qu'aux contusions abdominales par coup de pied de cheval. Je prends immédiatement et à plusieurs reprises, le pouls du malade, que je laisse une heure au repos avant de reprendre encore une fois son pouls ; et si celui-ci s'est accéléré malgré le repos complet, je considère l'intervention comme urgente. S'il est resté stationnaire, au-dessous de 100, j'attends au lendemain ; et s'il n'a pas diminué alors, malgré la diète et le repos absolus, j'interviens sans plus tarder. Il est à noter que ces malades acceptent l'opération beaucoup plus facilement que ceux qu'on opère à froid, et que leur mal, aussi bien que dans les cas chroniques, remonte presque toujours, comme l'a indiqué mon collègue Jalaguier, à une époque plus éloignée qu'ils ne le pensent.

Voici le résumé d'une des plus typiques de mes observations, à l'appui de ces propositions :

P..., sapeur-pompier, entre le 12 août 1902 dans l'après-midi, pour appendicite datant de deux jours ; douleur vive dans la fosse iliaque droite avec fièvre, pouls 88.

Le 13 au matin, pouls 92. Le malade est examiné par plusieurs médecins et chirurgiens, qui sont unanimement d'avis de continuer l'expectation ; la vivacité de la douleur, le facies inquiet du

malade, la légère accélération du pouls, me déterminent cependant à lui proposer immédiatement une intervention qu'il accepte sans hésitation ; dans la crainte de fortes adhérences, je donne le chloroforme, et tombe sur un appendice du volume d'une noix replié en dehors et en arrière du cæcum et lâchement adhérent ; je le libère assez facilement et l'amène au dehors ; à ce moment, il se perfore et donne issue à un mince filet de pus sans odeur qui est immédiatement recueilli sur des compresses de gaze ; l'opération se termine sans incident. J'ébouillante et réunis après mise en place d'un gros drain. Suites simples, cicatrice excellente. L'appendice ne contenait que du pus ; mais il est presque évident que son inflammation remontait à plus de quarante-huit heures.

Cette observation confirme donc, sous une forme différente, celle de M. Legueu, et prouve qu'il ne faut user de l'expectation qu'avec beaucoup de prudence. En ce qui me concerne, j'ai complètement renoncé à la glace, qui masque la marche des lésions, et je préfère la diète absolue avec une injection de morphine (chez l'adulte) en cas de douleurs trop vives ; de cette manière, si le moindre incident survient, il est signalé tout à la fois par la douleur et la marche du pouls, et l'on risque moins de se trouver à l'improviste en face d'une situation désespérée.

Je dirai donc, pour conclure, que l'observation rigoureuse du pouls est peut-être le meilleur guide dans les cas difficiles où se pose la question de savoir s'il est permis de temporiser ; et sans vouloir donner à cette ligne de conduite une formule absolue et par cela même dangereuse, je la considère comme acceptable pour tout chirurgien exempt de l'esprit de système.

M. Paul Segond. — Dans notre séance du 8 octobre, M. Legueu nous a communiqué un cas de *perforation spontanée d'un abcès appendiculaire* survenue sur un enfant de cinq ans qui, depuis cinq jours, refroidissait sans encombre une appendicite aiguë. Malgré l'*expectation armée* dont il avait été sans doute ici question, comme dans tous les cas similaires, la perforation ne se fit pas moins avec son cortège symptomatique habituel, et, lorsque M. Legueu fut mandé par l'interne de garde, l'heure de toute intervention possible était passée. Le pauvre bébé s'était, lui aussi, tout à fait refroidi, et peu après il était mort. Cette observation courte, simple, nette, se passe de tout commentaire. L'enfant a succombé parce qu'il n'a pas été opéré à temps. Sa mort prouve donc une fois de plus, comme l'a fort bien dit notre collègue, que la temporisation la mieux faite peut être prise en défaut. Cette conclusion n'a cependant pas satisfait notre collègue,

M. Reynier, et, mercredi dernier (1), il en a vertement contesté la valeur autant que la portée. Or, parmi les quelques arguments invoqués par M. Reynier à l'appui de ses convictions sur la toute-puissance de la temporisation et sur le caractère négligeable du cas, pourtant si instructif, de Legueu, il en est un que je tiens à relever.

« Que dirait notre collègue Legueu, s'est écrié M. Reynier, si les partisans de la temporisation venaient jeter dans la discussion des observations d'intervention hâtive malheureuse qu'on retrouverait facilement, rien qu'en lisant les journaux politiques, et si nous nous servions de pareilles armes pour combattre ceux qui ne pensent pas comme nous? »

D'une manière générale, cette réflexion sur le sort qu'il convient de faire aux racontars des feuilles publiques est fort juste. Toutefois, dans le cas particulier, M. Reynier n'a pas eu la main très heureuse à son point de vue, car, parmi ces faits que la presse non scientifique colporte et dénature, j'en sais au moins un qui m'est très personnel et qui, bien loin de plaider pour la cause chère à M. Reynier, parle très hautement dans un sens très différent. J'ai lieu de penser, du reste, que ce fait particulier est précisément celui que visait notre collègue. Permettez-moi donc de vous le relater tel qu'il est.

Il s'agit d'une jeune femme soignée, depuis plusieurs mois, pour des coliques hépatiques. Bien qu'on ait, m'a-t-on dit, soupçonné, chez elle, l'existence possible d'une appendicite concomitante, elle est envoyée à Châtel-Guyon, elle y suit le traitement réglementaire, avec séances répétées de massage abdominal, et rentre à Paris, souffrante, le 10 août dernier, dans la matinée.

Le soir même de son arrivée, c'était un Dimanche, elle est brusquement saisie par une violente douleur de la région appendiculaire, un véritable coup de poignard, nous disait-elle. Elle se couche et vomit toute la nuit. Le lundi, la douleur persiste, plus violente que jamais, et les vomissements continuent. On croit encore à une colique hépatique et le traitement d'usage est prescrit : morphine, diète, immobilité et cataplasmes sur le ventre. Le mardi, même état, même traitement, mêmes exacerbations de la douleur et des vomissements, oligurie. Dans la soirée, le Dr Duchastelet, ami personnel de la malade, l'examine pour la première fois. Il fait prévenir immédiatement le médecin traitant qu'il croit à l'urgence d'une opération et que, pour ne pas perdre de temps, il va, de lui-même, me quérir aussitôt. Devant la gra-

(1) *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXVIII, p. 965, 1902.

vité du mal, nous prions le professeur Dieulafoy de vouloir bien se joindre à nous. A dix heures du soir, nous voyons la malade. Le diagnostic de Duchastelet n'était que trop évident et l'opération est aussitôt décidée.

Ici, permettez-moi de donner la parole à M. Dieulafoy lui-même. Voici comment il raconte le fait dans une clinique, encore inédite, dont il a eu l'extrême amabilité de me communiquer le texte. « L'intensité de la douleur, la violence des vomissements, la rapidité du pouls, l'aspect terreux de la malade, tout indiquait une toxi-infection des plus graves et vraisemblablement une gangrène de l'appendice. Nous jugeâmes la situation extrêmement grave. Sans perdre un instant, l'opération fut faite par M. Segond à minuit, cinquante heures environ après le début de l'appendicite.

« L'appendice était en effet gangrené et le liquide purulent péritonéal était d'une excessive puanteur. La malade bénéficia *localement* de l'opération en ce sens que les terribles douleurs de la péritonite disparurent; elles disparurent même si bien que la jeune femme prenait maintenant plaisir à se remuer dans son lit tant elle était heureuse de ne plus souffrir. Mais la chirurgie ne pouvait faire plus; elle avait enrayé l'infection péritonéale, mais elle ne pouvait rien contre l'intoxication qui déjà avait fait son œuvre. La température resta élevée, le pouls très accéléré, les vomissements continuèrent, et, à notre consultation du lendemain matin nous pûmes constater qu'un de ces vomissements contenait une traînée de matière noire : c'était l'hématémèse appendiculaire, le *vomito negro* dont le pronostic est si souvent fatal. »

« Et en effet, quelle que fût la médication mise en œuvre, les mêmes symptômes persistèrent, les vomissements et les hématémèses noires se répétèrent malgré les lavages de l'estomac, les urines devinrent de plus en plus rares malgré les grandes injections de sérum, le pouls disparut graduellement, les extrémités se refroidirent et, le surlendemain matin, cette femme mourut, moins du fait de sa péritonite qui avait été victorieusement combattue par l'opération, que du fait de l'intoxication qui était consommée avant l'intervention chirurgicale. Opérée un peu plus tôt cette malade eût très probablement guéri. »

Hélas! rien n'est plus vrai. J'en suis d'autant plus convaincu que les observations similaires ne me manquent pas, dans lesquelles, avec des lésions semblables (gangrène totale de l'appendice, perforation imminente ou réalisée, absence de toute adhérence péritonéale protectrice, liquide louche répandu en plus ou moins grande abondance dans la cavité abdominale, sans trace de pus

véritable nulle part), une intervention plus précoce, pratiquée dans les quarante-huit premières heures, m'a toujours donné la guérison.

Peu après l'observation lamentable dont je vous parle, j'en ai relevé encore trois exemples des plus probants que M. Dieulafoy, lui aussi, connaît du reste fort bien. Mais j'en réserve la relation qui nous entraînerait trop loin, et pour aujourd'hui, suivant l'exemple de Legueu, je veux me contenter d'apporter au débat, un fait, d'ordre sans doute différent, mais parlant néanmoins dans le même sens que le sien, puisqu'il démontre, lui aussi, que M. Dieulafoy est dans le vrai, absolument, lorsqu'il accuse la temporisation, armée ou non, d'exposer à la mort les sujets atteints d'appendicite aiguë.

Je remercie notre collègue M. Reynier de m'avoir incité à publier plus vite que je ne me le proposais le cas que je viens de vous soumettre. D'autant que l'heure me semble tout à fait propice à la vulgarisation des faits similaires. C'est qu'en effet, permettez-moi de saisir cette occasion pour le proclamer, malgré les plaidoyers des partisans de la temporisation, malgré le Congrès de Bruxelles, je ne crois pas du tout que la mise au point de cette grave et grande question du traitement de l'appendicite soit telle qu'elle devrait être.

Bien entendu je ne vise point ici toutes les modalités sous lesquelles l'appendicite se présente à nous en pratique, modalités que Broca a si bien classées dans son remarquable rapport au Congrès de Bruxelles. Je parle uniquement de l'appendicite aiguë, de celle que les uns veulent laisser refroidir pendant que les autres préconisent, de toutes leurs forces, l'intervention immédiate comme l'unique moyen de couper, en sa racine, le terrible mal et d'enlever *à temps* le foyer appendiculaire.

Je sais bien que mon ami M. Broca nous a dit, à ce propos, que si nous nous combattons en théorie, nous agissons cependant de même en pratique. Et je voudrais beaucoup le croire. Je le crois même tout à fait, en ce qui le concerne, et certes, je n'hésiterais pas une seconde à lui confier le sort de mon propre appendice, s'il venait jamais à mal tourner.

Mais, s'il est vrai que Broca sait interpréter à l'heure voulue, et comme il convient, le texte des lois qui le guident dans ses convictions sur les bienfaits du « refroidissement », si la même réflexion s'applique à tous ceux d'entre vous qui pensent de même, il est par malheur, non moins exact que la doctrine du « refroidissement quand même », précisément parce qu'elle est défendue par des chirurgiens de haute valeur, possède, elle aussi, de terribles toxines qui vont, au loin, troubler les praticiens dans

leurs déterminations et stimuler les divagations dont le public non scientifique est si friand quand il se mêle de nos affaires.

Nous en connaissons tous de lamentables exemples. Plus d'un médecin consciencieux nous confie chaque jour les embarras ou les indécisions que lui causent nos divergences; et pendant que le public se demande gravement s'il vaut mieux réclamer des opérateurs à chaud, à tiède ou à froid, nombre de malades meurent, parce qu'ils sont opérés trop tard ou parce qu'ils ne sont pas opérés du tout. Voilà la vérité. Il est donc grand temps de faire cesser cet état de choses. Que nos divergences soient apparentes ou réelles, elles existent néanmoins. Je les crois même profondes et vous serez tous d'accord avec moi sur l'urgente nécessité de les réduire à leur minimum possible.

Pour atteindre ce but si désirable, il va de soi que nous devons laisser de côté les tournois littéraires dont les questions de cet ordre ont trop souvent le secret, les exclamations classiques sur le prurigo secandi des interventionnistes, ou bien encore les traits d'esprit visant notre soi-disant partage en temporisateurs, opportunistes, radicaux, pseudo-radicaux ou « radicaux honteux » (1). Ce qu'il nous faut apporter au débat, ce sont des faits précis ou des opinions motivées comme celles dont notre collègue M. Lucas Championnière s'est fait dernièrement, à l'Académie, le défenseur si autorisé et si convaincu. C'est ce qui m'a conduit à prendre la parole à la suite de mes collègues Legueu et Chaput et j'espère que nous serons suivis dans la même voie par plus d'un d'entre vous.

En ce qui me concerne, permettez-moi de vous le dire en terminant, tout ce que j'ai lu, et surtout tout ce que j'ai vu, m'a laissé ma conviction première (2) sur les indications formelles de l'opération immédiate en cas d'appendicite aiguë.

J'attends toujours la claire description des signes cliniques susceptibles de nous éclairer sur la gravité de tel ou tel cas particulier et de nous livrer, sans erreur possible, le moyen de ne jamais confondre les améliorations réelles de la maladie avec ces accalmies traîtresses dont le professeur Dieulafoy a si bien fait ressortir les terribles conséquences ; j'attends en un mot les signes voulus pour que toujours nous puissions distinguer les appendicites qui voudront bien se laisser refroidir de celles qui vont tuer sans merci. Mais, jusqu'ici, je n'ai rien vu venir, et, tant que durera cette attente, je resterai persuadé qu'en présence d'une appendicite

(1) C. T. — *La Médecine moderne*, numéro du 10 mai 1899, p. 290.

(2) *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXV, p. 159, 1899. — *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, t. I, p. 28, 1899.

aiguë, le plus sûr est toujours de tuer dans l'œuf un mal qui, trop souvent, cache sa mortelle virulence sous les apparences de la plus trompeuse bénignité.

Dans le même ordre d'idées, je continue à ne pas comprendre la valeur des statistiques globales, de celles dont M. Reynier nous vantait l'autre jour les enseignements. Je persiste à penser qu'elles valent beaucoup moins que les faits particuliers bien observés. Et cela, parce que, ces fameuses statistiques globales présentent deux vices rédhibitoires, dont M. Dieulafoy, dans la leçon que je vous ai citée, n'a pas manqué de dénoncer la très haute gravité.

Le premier, c'est qu'elles sont purement opératoires. Elles ne tiennent compte que de l'opération elle-même, sans nous donner le plus minime aperçu sur les décès survenus parce que, de parti pris, on a différé l'opération. Et, qu'on ne l'oublie pas, ces décès-là sont nombreux. Preuves en main, M. Chauvel a dernièrement montré qu'on pouvait évaluer à 30 p. 100 la proportion des gens qui succombent à l'appendicite chaude, non opérée.

Le deuxième, non moins fâcheux et particulièrement trompeur, c'est que, dans les statistiques d'opérations à chaud, on n'oublie généralement qu'une chose, c'est de nous dire à quel moment, à quelle heure de la phase chaude l'opération a été pratiquée. Et, cependant, c'est le seul document qui aurait ici valeur probante, puisque c'est le seul capable de montrer si nous avons oui ou non raison de prétendre qu'en opérant dans les quarante-huit premières heures les gangrènes appendiculaires les plus graves, on met de son côté toutes les chances de succès.

Quant à la fameuse « expectation armée », il se peut qu'elle ait parfois ses indications exceptionnelles et qu'il faille savoir « s'inspirer des circonstances » chez des malades dont les lésions péritonéales, plus ou moins complexes, sont déjà loin de leur phase initiale, et ceci n'a du reste qu'une parenté bien vague avec ce dont nous parlons. Mais, en vérité, lorsque M. Reynier s'efforce de préciser les choses, lorsqu'il nous déclare que la bonne expectation armée est « celle qui cesse dès que nous constatons la présence du pus », je ne puis assez dire ma surprise et mon étonnement.

En tout cas, cette assimilation de l'appendicite à une phlegmasie vulgaire qu'on incise dès qu'elle suppure et seulement quand elle suppure, ce mépris volontaire de tous les dangers inhérents aux phases premières et ante-suppuratives du mal, cet oubli singulier de tous les cas d'appendicites graves notoirement guéris par le bistouri avant que la moindre goutte de vrai pus aît eu le temps de se produire ou de se collecter, forment un si flagrant

contraste avec les enseignements tirés de mes lectures ou de ma pratique, que je me déclare incapable de discuter. De pareilles divergences défient toute conciliation possible.

Je suis, en effet, de ceux qui pensent avec Dieulafoy que les accidents locaux de l'appendicite, la péritonite, le pus, le fameux plastron ne doivent pas être du tout l'unique point de mire des opérateurs. La péritonite reste en vérité l'une des complications les plus redoutables de l'appendicite, mais il est indispensable de bien savoir aussi qu'elle est devancée par l'importance du foyer appendiculaire origine de l'infection locale et des toxines qui frappent à distance les reins, le foie ou l'estomac. Il ne faut donc pas, comme le dit encore Dieulafoy, « se laisser hypnotiser par le péritoine », sous peine de ne voir qu'un des côtés de la question. Telles sont mes convictions les plus intimes, et si mon ami M. Reynier ne les partage pas, sa bonne foi est trop grande pour qu'il n'y trouve pas une excuse à mon refus de discuter jamais avec lui les indications possibles de l'expectation armée telle qu'il nous la préconise.

Aujourd'hui comme à l'époque de notre première discussion, je suis tout à fait convaincu qu'il est urgent de ne rien faire qui puisse troubler l'orientation que les travaux de Dieulafoy ont donnée à nos idées sur le traitement chirurgical de l'appendicite. Il se peut que ses formules soient trop absolues en apparence, mais il suffit de les bien interpréter pour qu'elles deviennent aussitôt l'expression des vérités les plus tutélaires. En travaillant à leur vulgarisation, nous donnerons aux malades, comme aux médecins, la notion ferme que toute appendicite doit être diagnostiquée et traitée dès son éclosion sous peine des plus grands périls ; nous leur montrerons tous les dangers de la temporisation. Bref, nous serons appelés *à temps* et c'est bien là tout ce que nous devons souhaiter. Si quelques inévitables déboires nous sont encore, malgré cela, réservés, leur souvenir s'effacera bien vite à la pensée des nombreuses existences sauvées par l'adoption définitive des idées dont le professeur Dieulafoy s'est fait, depuis longtemps, le promoteur, et qu'il ne cesse, du reste, de vulgariser avec son ardeur, son talent et son autorité. La leçon inédite dont je vous ai parlé et qu'il a bien voulu me communiquer en témoigne hautement. Elle a pour titre l'affirmation que voici : « Attendre pour opérer que l'appendicite soit *refroidie*, c'est exposer le malade à la mort. »

Encore une formule, dira-t-on. Soit. Mais c'est aussi et encore une grande vérité. Puissé-je avoir su vous dire à mon tour en termes clairs à quel point il faut souhaiter qu'elle s'impose bientôt à tous pour le plus grand bien des malades et de nos statistiques.

M. F. Villar. — J'ose à peine prendre la parole sur l'appendicite, après tout ce qui a été dit et écrit au sujet de cette affection. Je me décide cependant à le faire parce qu'il me semble, si j'ai bonne mémoire, qu'aucun chirurgien de province n'est venu apporter sa contribution à l'étude de cette intéressante question, ni à l'Académie, ni à la Société de Chirurgie, ni même dans les journaux médicaux de Paris. Permettez-moi donc puisque la récente communication de M. Legueu a ramené la discussion sur l'appendicite, de vous exposer ici ma façon d'envisager la question.

Je tiens à dire, dès le début de cette communication, que je partage pleinement les opinions du professeur Dieulafoy. J'ai été interventionniste dès le début ; ma première opération date de l'année 1891. A l'époque où j'ai publié les résultats de mes premières opérations à la Société de médecine de Bordeaux, j'étais d'avis d'attendre trois ou quatre jours pour donner le temps au pus de se collecter, aux adhérences de se former. Mais, mieux instruit plus tard par un certain nombre de faits de ma pratique personnelle et de celle d'autres chirurgiens bordelais, j'ai compris qu'il y avait du danger à attendre et qu'il fallait agir le plus tôt possible. Je passerai rapidement en revue : 1° *la question du diagnostic de l'appendicite*, 2° *les indications de l'intervention*, 3° *la technique opératoire.*

1° *Diagnostic de l'appendicite.* — Il y a lieu à ce propos, d'établir une grande division, et de considérer séparément l'appendicite chez l'homme et chez la femme. Chez cette dernière, le diagnostic peut être très difficile et quelquefois même impossible au début. Cela est dû, vous le savez, aux rapports de voisinage de l'appendicite avec l'appareil génital de la femme, si souvent frappé d'inflammation. Sans compter qu'il peut y avoir coexistence d'une appendicite et d'une salpingo-ovarite. Pour ma part, j'ai très nettement fait une erreur de diagnostic chez une jeune fille dont voici l'histoire en deux mots.

Elle m'est adressée par un de mes confrères avec le diagnostic d'appendicite à répétitions, la malade ayant eu plusieurs crises douloureuses dans la fosse iliaque droite. A l'examen, je constate en effet, dans cette région l'existence très nette d'une petite masse douloureuse à la pression. D'autres confrères qui avaient vu la malade s'étaient aussi prononcés pour le diagnostic d'appendicite. J'incise le côté, et je trouve un petit kyste de l'ovaire, disons plutôt un ovaire kystique, adhérent à la fosse iliaque. L'erreur était permise.

Une autre fois, au cours d'une hystérectomie abdominale totale pour fibrome, chez une jeune fille aussi, je trouve l'appendice

malade et adhérent au fibrome. Or les annexes étaient sains, et la malade avait eu à plusieurs reprises des crises douloureuses dans le bas ventre, surtout à droite. Ces crises étaient certainement d'origine appendiculaire, et il était impossible de faire ce diagnostic.

Dans les autres cas d'appendicite chez la femme que j'ai opérés, le diagnostic a été reconnu exact au cours de l'opération.

Quoi qu'il en soit, ce diagnostic peut être difficile dans certaines conditions. D'autant que la crise d'appendicite peut survenir au moment des règles et que, ce qui est plus embarrassant, la crise peut faire avancer ou rappeler la période menstruelle, faisant ainsi songer plutôt à une affection génitale. C'est là un facteur important, sur lequel j'ai attiré l'attention dans une communication au Congrès d'Amsterdam. Je laisse de côté le diagnostic de l'appendicite pendant la grossesse ou après l'accouchement (appendicite de la puerpéralité) : ceci m'entraînerait trop loin.

J'arrive au diagnostic de l'appendicite chez l'homme.

Je tiens à signaler tout d'abord deux cas dont j'ai déjà parlé ailleurs, et au sujet desquels on pourrait me chercher querelle; vous allez voir qu'ils sont en ma faveur : Le premier cas se rapporte à un malade qui avait été soigné pour des coliques hépatiques; il avait fait une saison à Capvern, et je crois aussi une autre à Vichy. Lorsque je le vis plus tard, j'avais pensé, d'après ce qu'il me raconta, qu'il s'agissait plutôt de coliques néphrétiques.

Bref, un beau jour, il est pris d'un accès douloureux dans le ventre; le médecin qui le soignait porte le diagnostic de coliques néphrétiques. Je suis appelé à voir le malade, et je confirme ce diagnostic. Je dois dire en passant que le malade était très pusillanime et qu'on pouvait à peine l'examiner. Je le revois le lendemain, et je porte le diagnostic d'appendicite. J'opère le malade; c'était un cas très grave, qui fut suivi de guérison. Je ferai remarquer, encore une fois, que le malade n'était pas commode à examiner, et que cela se passait en 1891, époque à laquelle l'appendicite était peu connue, à tel point que mon confrère n'avait pas voulu accepter mon diagnostic, et qu'enfin ce diagnostic fut posé à ma seconde visite.

Le deuxième cas est le suivant : Un malade m'est conduit à l'amphithéâtre d'opérations à l'hôpital, vers 1 heure de l'après-midi, à la fin d'une séance opératoire; je remplaçais M. Lannelongue à la clinique chirurgicale. Ce malade m'était adressé par un de mes collègues de médecine, agrégé à la Faculté, avec le diagnostic de hernie étranglée.

Comme il était tard, que le malade était adressé par un collègue

des plus distingués, avec un diagnostic précis, qu'on venait de constater dans le service l'existence d'une hernie et des phénomènes généraux cadrant avec l'idée d'un étranglement, je me contentai de prier un élève de s'occuper du patient, de le raser, de le nettoyer et de l'endormir pendant que je terminais l'opération que j'avais commencée. J'avais d'ailleurs jeté un coup d'œil sur le malade qui me parut peu brillant.

Bref, lorsque tout fut prêt pour l'opération, et que je fus moi-même aseptisé, je procédai à un examen avant de prendre le bistouri. Je constatai alors que la hernie était réductible, et je fis remarquer aux élèves qu'il pourrait bien s'agir d'une appendicite. Examinant la fosse iliaque, je la trouvai un peu résistante.

Malgré mon idée d'appendicite, j'avais devant moi le spectre du diagnostic du toujours distingué collègue, et je me dis qu'après tout, puisqu'il s'agissait d'une affaire abdominale, je ne risquais rien à pratiquer l'incision de la kélotomie, puisque c'était aussi bien une voie d'accès vers l'abdomen. Ainsi fut fait; dès que le sac fut ouvert, il s'écoula du pus; pour le coup, je confirme ma première impression. Je prolonge mon incision du côté du ventre, et c'était bien une appendicite.

Il n'y a pas eu là d'erreur de diagnostic. La hernie, étant réductible, avait fait écarter l'hypothèse d'un étranglement; or, le malade présentait des phénomènes péritonéaux, et un peu de résistance dans la fosse iliaque droite; j'ai songé alors à l'affection la plus probable chez l'homme, c'est-à-dire l'appendicite. Il faut avouer que ces deux cas ne sont guère défavorables à la facilité du diagnostic de l'appendicite chez l'homme, puisque, en définitive, ce diagnostic a été posé malgré les circonstances particulières où se sont trouvés les malades.

Dans tous les autres cas que j'ai observés, le diagnostic a toujours été posé d'emblée et confirmé par l'opération.

Mais discutons ce diagnostic à un point de vue général.

On a parlé de l'erreur possible chez des neurasthéniques, des hystériques, chez des gens à cæcum plus ou moins paresseux; nous sommes tous d'accord là-dessus, et il ne viendra à l'idée de personne d'opérer pour une appendicite ces malades à points douloureux multiples, qui vivent en somme de la vie commune, et n'ont pas la moindre crise même subaiguë. J'ai vu plusieurs de ces malades et, en fait de traitement, je leur conseille d'aller voir un médecin, un spécialiste de préférence.

Il faut donc circonscrire son diagnostic aux malades qui ont des raisons pour avoir une appendicite. Il faut évidemment que le malade en question ait au moins son petit point douloureux

limité, qu'il ait une petite élévation de température, sa petite défense musculaire, etc.

Je sais bien qu'on a confondu la fièvre typhoïde avec une appendicite, que Tuffier a fait une leçon sur le diagnostic de l'appendicite et du calcul de l'uretère, que l'on peut confondre une appendicite avec un cancer ou avec la tuberculose du cæcum. Mais, franchement, ce sont là des cas d'exception, ces trois derniers étant, d'ailleurs, justiciables d'une intervention.

On pourrait aussi confondre l'appendicite avec des coliques hépatiques; je crois aujourd'hui qu'un examen attentif permettra d'éviter l'erreur. Je ne parle pas de l'occlusion intestinale, dont le traitement est le même que celui de l'appendicite, sans compter que plus d'une appendicite a dû être prise pour une occlusion intestinale.

En résumé, j'estime que lorsqu'on constate, chez un homme, de la douleur dans la fosse iliaque droite, de l'empâtement ou simplement de la défense musculaire à ce niveau, de la fièvre, en un mot les signes plus ou moins accusés d'appendicite, on doit songer tout d'abord à ce diagnostic et se dire qu'une lésion aiguë de la fosse iliaque droite, chez l'homme, ne peut être, sauf de très rares exceptions, qu'une lésion de l'appendice. Voilà ma formule. Elle diffère essentiellement de celle de bon nombre de mes collègues, qui, tout en admettant la fréquence de l'appendicite, en diminuent l'importance par leurs rappels à l'erreur de diagnostic. Si leur façon d'envisager la question devenait courante, on ne dirait plus : ça ce doit être une appendicite (formule que je crois vraie), mais on serait porté à chercher inutilement si réellement on a affaire à une appendicite (formule que je crois fausse) ; d'où temporisation néfaste. Ceci s'adresse aux praticiens qui ont déjà trop de tendance à ne pas vouloir se rendre à l'évidence des faits; tant que le diagnostic reste incertain, on ne songe pas au côté chirurgical. Voilà pourquoi il est dangereux de montrer ce diagnostic comme difficile.

Il me semble qu'on a fait trop de bruit autour du diagnostic de l'appendicite. Nous sommes tous certainement sur ce point beaucoup plus forts que nous ne le pensons, et je suis persuadé que les membres de la Société ne pourraient pas nous citer beaucoup de cas d'erreur.

2° *Indications de l'intervention.* — Il est impossible à l'heure actuelle, pour établir ces indications, de se baser sur l'opinion générale des médecins ou chirurgiens, puisque l'on compte trois camps distincts : les temporisateurs, les interventionnistes, les opportunistes. Je ne puis donc, en principe, que m'en rapporter à mes impressions et aux résultats de ma pratique personnelle.

Je suis devenu de plus en plus interventionniste pour les trois raisons suivantes :

a) *Impossibilité de diagnostiquer la nature et l'étendue des lésions; impossibilité de savoir ce que deviendra une appendicite.*

b) *Mortalité des malades non opérés ou opérés trop tardivement.*

c) *Bénignité de l'opération pratiquée au début de la maladie.*

a) *Impossibilité de diagnostiquer la nature et l'étendue des lésions; impossibilité de savoir ce que deviendra une appendicite.*

Si toute appendicite à début brusque, à allure d'abord menaçante, devait déterminer forcément des lésions graves et mortelles, et si, par contre, toute appendicite à marche lente et presque silencieuse devait se terminer par la guérison, on pourrait établir des catégories bien nettes et prendre tel ou tel parti suivant les cas. Mais il n'en est pas ainsi, et, malgré les discussions qui ont eu lieu, bien que l'on soit arrivé à mieux connaître les différentes variétés de l'appendicite, on n'a pu encore établir des types bien définis.

Personnellement, j'ai communiqué à la Société de médecine de Bordeaux des interventions très instructives avec pièces à l'appui de malades qui avaient eu un début brusque ou moyen, et chez lesquels l'incendie n'avait pas tardé à s'éteindre. J'ai vu ces malades pendant cette période d'accalmie dont a parlé le professeur Dieulafoy, je les ai opérés et j'ai trouvé des lésions très sérieuses consistant en gangrène, perforation, amputation de l'appendice, abcès péri-appendiculaire ; dans deux cas, il y avait aussi un abcès du côté opposé, et six fois il y avait péritonite généralisée.

Je puis résumer quelques-uns de ces faits pris au hasard :

Une dame, âgée de vingt-sept ans, est prise d'une seconde crise d'appendicite. Je la vois le lendemain; le ventre n'était pas ballonné; la fosse iliaque droite offrait un peu de résistance qu'on arrivait à vaincre facilement; malgré la palpation la plus méthodique, on ne pouvait sentir ni tumeur, ni tuméfaction; la pression était douloureuse. Je confirme le diagnostic de l'appendicite porté par le Dr Sellier, et j'opère la malade le lendemain matin. Incision latérale; le ventre ouvert, j'introduisis deux doigts à travers la plaie, et je ne sentis rien d'anormal. Saisissant alors le cæcum et le tirant doucement de bas en haut, je vis sourdre un peu de pus derrière cet organe. Après avoir épongé ce pus avec des compresses stérilisées, je reconnus que l'appendice était situé derrière et en dedans du cæcum; l'abcès qui venait de se crever siégeait au niveau du méso. L'apppendice était sphacélé à sa base, perforé, et ne tenait plus au cæcum que par quelques débris.

J'extirpai l'appendice et fermai l'orifice de communication avec le cæcum. Drainage à la gaze stérilisée. Guérison.

Un jeune homme de dix-huit ans, parqueur d'huîtres à Arcachon, est pris d'appendicite le 1er juin 1897. Je le vois le lendemain. État général excellent; ventre un peu tendu, un peu douloureux à la pression dans la région hypogastrique, autour de l'ombilic, mais surtout et très nettement au niveau de la fosse iliaque droite. A ce niveau, la paroi musculaire résiste aux doigts explorateurs. J'opère le malade séance tenante, après avoir confirmé le diagnostic d'appendicite porté par le Dr Festale. Je trouve du pus et quelques adhérences; je cherche l'appendice que j'extirpe; drainage à la gaze. Guérison.

Il y avait donc déjà un abcès au bout de vingt-quatre heures. Étant donnée la rapidité de la formation du pus, on peut se demander ce que serait devenu ce cas.

Un monsieur, âgé de trente ans, à la suite d'une promenade à cheval pendant laquelle il fut fortement secoué, est pris de douleurs dans le ventre; cela se passait le mardi. Je suis appelé auprès du malade le jeudi, et je constate : état général excellent; le malade était très gai et ne semblait nullement se douter de ce qu'il avait; pas de fièvre, pas de tuméfaction dans la fosse iliaque droite, un peu de résistance musculaire et un peu de douleur à la pression. Je diagnostique appendicite, et je propose une intervention immédiate qui fut acceptée. Le malade est aussitôt transporté à ma maison de santé et opéré deux heures plus tard. Je tombe sur un appendice volumineux; le tiers de l'organe était gangrené. Dans son intérieur se trouvait un calcul stercoral, du volume d'une petite olive. Il y avait, en outre, un abcès rétro-appendiculaire, et le péritoine de la fosse iliaque présentait une coloration verdâtre. Guérison.

Ainsi donc, lésions sérieuses trouvées au cours de l'opération, malgré l'allure modeste, insignifiante même, du tableau clinique.

Voici un autre cas : une jeune femme de vingt-huit ans, d'une santé robuste, est prise, dans l'après-midi d'un vendredi, de violentes douleurs dans le ventre. Je suis appelé auprès de la malade le lendemain dans l'après-midi. La nuit avait été mauvaise, mais, à mon arrivée, l'état général était excellent; la malade causait gaiement et me disait en riant qu'elle n'avait surtout pas besoin d'opération. Défense musculaire à droite, pression nettement plus douloureuse à droite qu'à gauche. Je diagnostique appendicite, et j'opère la malade séance tenante.

Du pus s'écoule dès que le péritoine est ouvert. Après avoir écarté la plaie, nous constatons que ce pus venait de la cavité péritonéale. Nous étions en présence d'une suppuration diffuse.

Appendice volumineux, avec méso considérablement hypertrophié. Guérison.

Je pourrais citer encore d'autres cas semblables, mais je ne veux pas abuser de vos instants. Qu'on ne vienne pas nous dire que ces malades auraient guéri sans opération. Certes, tout est possible, mais il est logique d'admettre, en se basant sur les données de l'anatomie pathologique, de la bactériologie et de la clinique, que ces malades ainsi atteints étaient voués à la mort par péritonite, infection ou intoxication.

Ces cas expliquent comment des appendicites à apparences bénignes peuvent devenir, et deviennent en effet, mortelles à un moment donné. Le professeur Dieulafoy a eu le mérite de bien faire ressortir l'importance de ces faits.

Je pourrais rappeler quelques cas de ce genre. Deux surtout m'ont particulièrement frappé. Un enfant âgé de quinze ans est atteint d'appendicite que l'on juge très bénigne, a tel point que le médecin traitant crut pouvoir abandonner son petit malade au commencement du quatrième jour pour aller passer le samedi et le dimanche à la campagne. Or, le dimanche dans l'après-midi, l'enfant, qui se trouvait bien d'ailleurs, ayant voulu se lever pour uriner, éprouve de nouveau une violente douleur dans le côté droit. On fait demander deux confrères du voisinage qui me font appeler en toute hâte. Je vois le petit malade vers huit heures du soir et je constate : traits un peu tirés, peau chaude, pouls rapide, tuméfaction de la fosse iliaque droite. Je préviens la famille qu'il faut opérer au plus tôt, mais que le cas est grave. L'opération est pratiquée à dix heures du soir. Je trouve : vaste collection purulente dans la fosse iliaque, du pus dans le ventre, gangrène de l'appendice, gangrène du cæcum et de la fin de l'iléon. Mort le lendemain dans l'après-midi. Une intervention hâtive aurait certainement empêché ces graves désordres.

Dans un autre cas, il s'agissait aussi d'un enfant, âgé de dix ans. L'appendicite était considérée comme très bénigne. Dès le second jour les parents avaient dit au médecin qu'il n'était même pas nécessaire de voir régulièrement le petit malade. Le cinquième jour, aggravation presque subite; je suis appelé à ce moment, j'insiste sur la gravité du cas, j'opère deux heures plus tard; mort le lendemain.

b) *Mortalité des malades non opérés ou opérés trop tardivement.*

Il est bien entendu que l'intervention n'est pas absolument indispensable dans tous les cas d'appendicite. Nous savons tous que nombre de malades échappent à une ou plusieurs crises. Mais nous savons aussi qu'une première crise même bénigne peut être

suivie d'une deuxième qui sera mortelle. Je pourrais citer des faits de cette catégorie.

Nous savons aussi qu'un certain nombre de malades sont morts sans avoir été opérés et que d'autres ont succombé après une opération tardive. Je ne parlerai pas des malades qui sont morts sans opération; j'en connais plusieurs cas, mais ils ne m'appartiennent pas. Par contre, je rapporterai des cas personnels d'insuccès après opération tardive. Par opération tardive, j'entends, non seulement l'opération pratiquée loin du début des accidents, mais encore l'opération pratiquée dans les premiers jours, alors qu'il existait déjà des lésions graves.

Ma statistique comprend deux périodes : L'une qui va jusqu'à la fin de 1899 et qui comprend 31 cas; l'autre qui va de cette époque jusqu'à aujourd'hui. Pendant cette deuxième période j'ai opéré un grand nombre d'appendicites, mais je ne puis en préciser exactement le chiffre parce que je n'ai pu relever mes observations. Quant à mes 31 cas de la première période, ils ont déjà été communiqués à la Société de Médecine de Bordeaux à l'occasion d'une discussion qui souleva de bien gros orages. Je puis donc préciser. D'ailleurs, le nombre exact des cas opérés importe peu, étant donné qu'au point de vue des conclusions les résultats ont été les mêmes dans les deux séries.

Dans la première série, j'ai eu à enregistrer sept morts; les vingt-quatre autres ont bien guéri et je tiens à dire que je n'ai pas choisi mes cas. Or il résulte très nettement de mes observations que les malades qui ont succombé avaient été opérés trop tard ou étaient déjà infectés.

Voici le résumé de ces cas malheureux :

Premier cas. — Jeune vicaire atteint d'appendicite au quatrième jour; je l'opère aussitôt, je trouve du pus et un appendice perforé à sa base. Le lendemain apparaissent des hoquets et des vomissements.

Dans la nuit, sous l'influence des efforts le cæcum et une partie du côlon ascendant font hernie à travers la plaie opératoire que j'avais laissée largement ouverte. J'examine l'intestin avant de le réduire et je constate d'abord l'existence, au-dessus du point d'implantation de l'appendice, d'une surface saignante due à la rupture des adhérences qui fixaient le cæcum à la paroi abdominale, puis, au-dessus de ces adhérences, par conséquent du côté de la cavité péritonéale, je vois une plaque de gangrène. Le malade mourut la nuit suivante. L'existence de ces plaques de gangrène situées assez loin de l'appendice malade est un fait intéressant; on sait que ces gangrènes à distance ont été observées dans certains cas d'étranglement herniaire, loin du

contour de la portion serrée. (Corville, Chaput, Rochard, etc.).

Il est logique d'admettre que si j'avais pu intervenir plus tôt, j'aurais arrêté la marche de ce processus nécrobiotique d'origine infectieuse.

Deuxième cas. — Homme de cinquante ans, atteint d'appendicite depuis dix jours. Très mauvais état général au moment de l'opération, aspect asphyxique. Pus en assez grande quantité et diffus; malgré ces mauvaises conditions, le malade supporte bien l'opération et ne succombe que le dix-huitième jour des suites d'une affection pulmonaire.

N'est-il pas permis de supposer que l'on aurait obtenu un meilleur résultat si l'on avait pu, chez ce malade, faire disparaître plus tôt la cause d'infection qui a retenti si fâcheusement sur son appareil respiratoire?

Troisième cas. — Jeune homme de vingt-six ans; début brusque, puis accalmie. Je suis appelé le quatrième jour : empâtement iliaque, fièvre, traits un peu fatigués. Opération : pus dans la fosse iliaque, séro-pus venant du ventre, appendice sphacélé en partie. Mort le lendemain dans la nuit.

Ici encore on aurait bien dû agir plus tôt.

Quatrième cas. — Jeune homme de dix-huit ans; je suis appelé le douzième jour après le début d'une appendicite. Je constate ce qui suit : traits tirés, peau extrêmement chaude, pouls très rapide, langue rôtie; bref, c'était le tableau d'un état infectieux très avancé. J'ajoute, qu'il existait, à droite, un empâtement qui allait de l'arcade crurale au rebord costal. La situation était très grave, mais je ne pouvais pas ne pas inciser ce côté qui devait cacher une large nappe de pus. Et, en effet, je tombai sur une collection purulente qui remontait jusqu'au foie; l'appendice était sphacélé. Mort le lendemain.

Il serait oiseux de discuter ici la part de responsabilité qui revient à l'opération et à la maladie elle-même. Incontestablement c'est l'attente immodérée qui a été la cause de tout le mal.

Cinquième cas — Il s'agit de cet enfant de quinze ans dont j'ai parlé plus haut.

Sixième cas. — Mme X... est soignée pendant un mois pour les maladies les plus diverses. Enfin on porte le diagnostic d'appendicite.

Un de mes collègues incise une vaste collection purulente et ne s'attarde pas à la recherche de l'appendice à cause du mauvais état général de la malade, et aussi à cause de la difficulté qu'il y avait à trouver l'organe dans une fosse iliaque depuis si longtemps délabrée.

Un mois et demi après cette opération, je suis appelé auprès

de Mme X... Je constate au niveau de la fosse iliaque droite l'existence d'un orifice fistuleux par où s'écoulait un pus d'une fétidité repoussante. La malade présentait un état général des plus alarmants : maigreur et pâleur extrêmes, pommettes pathologiquement colorées, pouls filiforme, diarrhée, vomissements continuels.

Il fallait tâcher de débarrasser la malade de son foyer infectieux. Je l'opère donc, non sans quelques craintes. Je tombe sur une collection purulente qui remplissait toute la fosse iliaque ; le pus, ainsi que je viens de le dire, avait une odeur infecte. Je détache quelques adhérences et j'extirpe l'appendice par lambeaux.

Mon intervention apporta tout d'abord quelques soulagements à la malade ; celle-ci put manger un peu et garder ce qu'elle prenait. Mais la cachexie infectieuse qui la minait depuis si longtemps ne tarda pas à reprendre ses droits et la mort survint une quinzaine de jours après mon intervention.

Voilà encore un type de malade qui a résisté à la terrible affection dont elle était atteinte; il y a donc lieu de croire que l'on aurait eu toutes les chances de la sauver en agissant de bonne heure, en arrêtant l'éclosion et la marche de l'infection.

Septième cas. — Jeune homme de vingt-quatre ans, atteint d'appendicite au troisième jour. Etat général pas mauvais, mais respiration un peu anxieuse. Appendice malade, mais pas sphacélé; séro-pus en grande quantité dans la fosse iliaque et dans le ventre. Mort le lendemain dans la nuit.

Les partisans de la temporisation pourront m'objecter qu'il ne fallait pas opérer ces malades. Evidemment ils auront beau jeu puisque mes malades ont succombé; mais réellement, après l'ouverture du ventre, l'opération semblait être la seule planche de salut chez mon premier malade (gangrène du cæcum du côté de la cavité péritonéale), chez le troisième (séro-pus dans le ventre et appendice sphacélé), chez le quatrième (collection purulente remontant jusqu'au foie et appendice sphacélé), chez le cinquième dont j'ai déjà parlé (pus dans le ventre, gangrène de l'appendice, gangrène du cæcum et de la fin de l'iléon). Quant au deuxième cas, quoique très grave, il avait guéri en somme au point de vue opératoire puisqu'il n'a succombé que le dix-huitième jour, des suites d'une affection pulmonaire. L'indication de l'intervention était très nette dans le sixième cas qui prouve bien que l'on doit en principe extirper l'appendice. Le septième cas enfin appartient à cette variété d'appendicite contre laquelle, il faut bien l'avouer, nous sommes à peu près désarmés. L'appendice n'était pas profondément touché, mais le séro-pus était disséminé dans le ventre et l'intoxication s'était déjà établie. Ce sont ces cas qui repré-

sentent le point noir du traitement chirurgical de l'appendicite.

Donc, si nous laissons de côté ce dernier cas d'infection, il est raisonnable d'admettre après ce que je viens de dire que les six autres insuccès auraient pu être évités par une opération hâtive.

Les résultats de ma deuxième série sont calqués sur ceux de la première. Tous les malades de cette deuxième série que j'ai opérés au début des accidents ont guéri. Parmi les morts je ne compte encore ici que des malades opérés tardivement. Tel un enfant de douze ans opéré au sixième jour; j'avais prévenu la famille que le cas était très grave. Le ventre ouvert je tombai sur une péritonite généralisée avec gangrène de l'appendice.

Une dame qui avait de petites crises depuis plus d'un an et qui présentait des troubles gastriques que M. le professeur Vergely et moi avions mis sur le compte de l'appendicite est opérée il y a quelques mois. Je trouve du pus et de la gangrène; la malade, qui était dans un état lamentable avant l'opération, se remonte, mais elle meurt intoxiquée à fond un mois après l'opération.

Il me paraît inutile de citer d'autres cas d'insuccès par opération tardive.

c) *Bénignité de l'opération pratiquée de bonne heure.*

Je viens de démontrer par ma statistique que l'opération de l'appendicite à chaud est bénigne. En effet, il ressort très nettement de mes observations que mes insuccès ont été dus à des interventions tardives ou à des cas très graves, alors que les lésions avaient pris une grande extension et que les malades étaient infectés ou intoxiqués. Tous mes malades opérés avant l'infection ou l'intoxication ont bien guéri. J'ai pu même enregistrer des succès dans des cas sérieux.

Parmi les cas d'insuccès un seul a été opéré le troisième jour; il s'agissait d'un cas hypertoxique.

3° *Technique opératoire.* — Je ne m'arrêterai pas à préciser le siège et l'étendue de l'incision; sauf dans un cas, j'ai toujours pratiqué une incision franchement latérale.

J'ai sectionné l'appendice au thermocautère, après ligature à la soie, ligature en chaîne qui étreint l'appendice et son méso. Jamais d'encapuchonnement du moignon qui est simplement carbonisé avec la pointe du thermo-cautère.

Je tiens à insister sur la question encore controversée de la recherche et de l'extirpation de l'appendice.

Si l'état général du malade commande une opération extrêmement rapide, si l'ancienneté et l'étendue des lésions rendent pour ainsi dire illusoire la recherche de l'appendice, on n'entreprendra pas cette recherche. Mais ces cas doivent être exceptionnels,

d'abord parce que, avec un peu d'habitude, on arrive à s'orienter et à trouver assez facilement l'organe, et puis parce que l'on tombera d'autant plus rapidement sur l'appendice que l'on opérera à une époque plus rapprochée du début de l'affection.

En principe, je suis partisan de la recherche de l'appendice et adversaire de la méthode qui consiste à évacuer timidement la collection iliaque sans se rendre compte de ce qui peut se passer autour. Deux arguments, confirmés pour ma pratique, militent en faveur de l'intervention large et complète : 1° les récidives si l'on ne touche pas à l'appendice; 2° la possibilité de méconnaître des abcès multiples si l'on se contente de la simple incision iliaque.

Sans doute, des malades ont pu guérir sans résection de l'appendice; il est bon de faire remarquer que, dans ces cas, l'appendice a pu être détruit par la gangrène, ce qui équivaut à une extirpation; il y a eu en définitive une appendicectomie spontanée.

Par contre, on a observé des récidives. J'ai cité plus haut l'observation de cette malade traitée par la simple incision et qui a fini par mourir misérablement des suites d'une interminable suppuration. J'ai réopéré un autre malade chez lequel on avait également respecté l'appendice lors d'une première opération. Ce malade avait été repris de phénomènes d'appendicite.

Il y a un an, j'ai dû intervenir chez une fillette qui avait été guérie à Moscou en 1899, sans ablation de l'appendice. Je signalerai à ce propos que, à la même époque, j'ai opéré avec succès le jeune frère de cette petite malade; il avait une appendicite datant du 2 juin. Il s'agissait donc ici d'appendicite familiale.

Chez ces deux malades M. Toutchikopp lui-même a recherché la présence d'oxyures dans les selles, mais sans résultat.

Le second argument en faveur de l'intervention large est encore plus important. Si l'on ne cherche pas à se rendre bien compte de l'état de la fosse iliaque et de ses environs, on risque de méconnaître ces abcès multiples bien connus de tous les chirurgiens.

Je puis rappeler le cas d'une jeune fille qui avait du pus dans la fosse iliaque et un appendice grangrené; lorsque je me fus débarrassé du pus et de l'appendice, je passai la revue de la fosse iliaque. Tout à fait en bas, je reconnus l'existence de fausses membranes molles présentant l'aspect d'une espèce de grosse toile d'araignée; je voulus examiner ces fausses membranes qui se crevèrent et permirent l'écoulement d'une énorme quantité de séropus venant de la fosse iliaque gauche.

Dans deux autres cas, j'ai pu ainsi être amené à pratiquer une deuxième incision du côté gauche.

Je me permets de vous résumer un autre fait des plus instructifs. C'était ma première opération d'appendicite en 1891. J'étais

intervenu malgré les protestations réitérées et sévères du confrère médecin qui voyait le malade avec moi. Après avoir incisé la paroi abdominale je tombai sur une vaste collection purulente rétro-cæcale. Mon confrère, qui décidément redoutait l'opération, insista pour que je m'en tinsse à cette simple évacuation. Je ne l'écoutai pas et, voulant me rendre bien compte de l'état de la région, je pus découvrir un second abcès du côté de la symphyse sacro-iliaque. Nouvelle insistance du confrère pour m'arrêter et nouvelle désobéissance de ma part. Cette insubordination fut récompensée car je trouvai un troisième abcès du côté du bassin contre la vessie.

Ces arguments me paraissent légitimer suffisamment la pratique de l'intervention large.

Voici comment je procède : si l'appendice est libre, rien de plus simple que de le cueillir. Je dirai même, ainsi que vient de l'écrire dernièrement M. Savariaud dans son intéressant article de la *Presse médicale*, que son ablation est plus facile à chaud qu'à froid, quand on opère dès le début, car il n'y a pas d'adhérences. Souvent même, à une période plus avancée, les adhérences ne sont guère que glutineuses.

S'il y a des adhérences plus sérieuses, si l'appendice est enfermé dans une coque plus ou moins épaisse, je détache les adhérences, je sectionne la coque et je vais à la recherche de l'organe. Si cette recherche n'avance pas, j'attire légèrement le cæcum, je cherche même à voir la terminaison de l'intestin grêle et j'arrive au point d'implantation de l'appendice. Si cet organe n'est pas à sa place normale, je le cherche en dedans, du côté du bassin, du côté de la région lombaire. On a beaucoup discuté cette question de la recherche de l'appendice; certains la trouvent dangereuse, d'autres la trouvent très difficile. Pour ma part, deux fois seulement je n'ai pu extirper l'appendice : la première fois, c'était à une époque où j'étais peu familiarisé avec la recherche de cet organe; la deuxième fois, c'était dans un cas de vieille appendicite avec des adhérences très solides.

Il va de soi que je ne cherche pas de parti pris à faire de grands délabrements. Ce qui différencie ma pratique de celle de bon nombre de chirurgiens, c'est que je ne crains pas d'en faire lorsque c'est nécessaire et que je n'attache pas une grande importance à la destruction des adhérences, ni à l'ouverture de la cavité péritonéale. Si je suis arrivé à cette conclusion, c'est qu'il m'a été démontré par les faits de ma pratique qu'on avait beaucoup exagéré les dangers d'inondation du péritoine. Vous savez quelle est la formule de beaucoup d'opérateurs : si vous tombez sur l'appendice, extirpez-le; si vous ne le trouvez pas

rapidement, n'insistez pas, de peur de déchirer les adhérences protectrices et d'inoculer le péritoine.

Tout d'abord, on peut protéger ce péritoine au moyen de compresses stérilisées. En supposant même que le pus touche le péritoine, je ne crois pas que ce soit un gros danger. Dans un grand nombre de mes opérations, je pourrais dire dans la plupart, l'intestin grêle, libre au fond de la plaie, s'est trouvé plus ou moins en contact avec le liquide pyo-gangreneux de la fosse iliaque. Or, sans parler des malades guéris malgré ce contact, je n'ai jamais pu lui attribuer mes insuccès qui étaient généralement explicables par l'état des malades au moment où j'ai été appelé à les opérer.

J'insiste de nouveau sur ce point, à savoir que la crainte de déchirer les adhérences est une mauvaise pratique. Ces fausses adhérences protectrices, a dit Savariaud avec juste raison, ne protègent en réalité que des collections secondaires qu'il importe d'ouvrir sous peine de faire une opération incomplète.

Lorsque j'ai pratiqué une opération large, lorsque le péritoine a été ouvert et injecté, j'établis un large drainage avec de la gaze stérilisée qui fait tout le tour de la fosse iliaque et je laisse la plaie ouverte en entier. Dans les cas moyens, je draine aussi mais je diminue l'étendue de la plaie par quelques points de suture.

Enfin, dans certaines appendicites opérées tout à fait au début, et dans les interventions à froid, je suture complètement la paroi.

En résumé, j'ai pu observer les différentes formes cliniques et anatomo-pathologiques de l'appendicite ; j'ai vu des cas bénins et des cas très graves d'emblée, des cas qui semblaient bénins et qui n'ont pas tardé à se transformer, d'autres cas qui, avec l'apparence de la bénignité, cachaient des lésions très graves.

Je connais des cas de malades qui ont eu une appendicite et qui sont morts sans opération; ma statistique prouve nettement que mes insuccès ont été dus à des opérations tardives, mes autres malades opérés à temps ayant tous guéri.

Je suis donc forcé, en me basant sur ma pratique et en tenant compte des désastres que j'ai eus à enregistrer ou dont j'ai eu connaissance, je suis forcé, dis-je, de rester un interventionniste convaincu; c'est pour moi une conduite presque mathématique. Sans compter, en prenant en considération ce qui a été écrit sur les complications de l'appendicite, que cette affection entraîne des accidents graves du côté du foie, de l'estomac, du rein, de la plèvre. Il me semble donc qu'il est bien risqué d'attendre le refroidissement de l'appendicite; cette temporisation a coûté la vie à quelques malades qui ne se sont que trop refroidis.

Et puis, je sais par expérience que les malades se soumettent difficilement à une opération à froid lorsque le danger a disparu. Or, nous savons tous que la deuxième crise peut être mortelle.

A part les cas très graves de péritonite généralisée et d'intoxication avancée contre lesquelles la chirurgie est à peu près impuissante, cas qui ne devraient plus exister si l'on opérait systématiquement dès le début, je ne vois qu'une contre-indication à l'opération à chaud, c'est la fréquence des éventrations dans les cas où il faut drainer largement. Il faut reconnaître que c'est un argument de peu de valeur dans l'espèce, et, d'ailleurs, il est facile d'éviter ces éventrations en agissant le plus tôt possible.

Mon impression, d'après ce que j'ai lu sur le traitement de l'appendicite, est que l'on s'est évertué à faire de ce traitement un véritable jeu de hasard pour torturer la tête des chirurgiens. Opérez de suite, n'opérez pas, n'opérez qu'à un moment donné, au bon moment, comme s'il était facile et même possible de savoir et de préciser le moment auquel l'affection devient réellement grave.

Je suis persuadé de ce fait, suivant en cela le professeur Dieulafoy, à savoir qu'il faut se débarrasser au plus tôt du foyer appendiculaire avant qu'il n'ait eu le temps de lancer de tous côtés les agents toxiques et infectieux. Je crois qu'en agissant ainsi on aura toutes les chances pour ne plus voir, sauf de très rares exceptions, les malades mourir d'appendicite. J'ai opéré des malades au bout de huit heures, de vingt-quatre heures, au deuxième, au troisième, au quatrième, au cinquième jour; dans quelques cas le tableau clinique paraissait si bénin, si peu accentué même, que j'ai eu tout d'abord un petit sentiment de révolte contre l'idée d'intervention. Mais instruit par certains faits que j'avais observés, j'ai réprimé mon premier mouvement et je n'ai jamais eu à me repentir d'être intervenu.

Voilà les conclusions que je puis tirer de ma pratique personnelle. Je ne vous ai certainement rien appris de bien nouveau, mais j'ai tenu à vous rapporter ces quelques réflexions que je crois sincèrement exactes; elles ne font que confirmer l'opinion d'un grand nombre des membres de la Société de chirurgie qui ont déjà pris part aux intéressantes discussions sur le traitement de l'appendicite.

Rapport.

1° *Pyélonéphrite calculeuse. Néphrolithotomie. Suture du rein. Guérison*, par M. Riche, chirurgien des hôpitaux.

2° *Lithiase rénale gauche, pyélonéphrite chronique. Deux néphrolithotomies*, par M. Reynès (de Marseille).

Rapport par M. BAZY.

Dans la séance du 1er octobre, notre jeune collègue des hôpitaux, M. Riche, nous apportait des calculs qu'il avait extraits du rein droit d'une de ses malades — en même temps que l'observation et le détail de l'opération qu'il lui avait faite.

Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, Lucie V., Vve M., entrée dans le service de M. Walther, suppléé par M. Riche, le 24 août dernier.

Cette femme, qui n'a pas d'antécédents particuliers, éprouve depuis un an seulement de la gêne plutôt que de la douleur dans l'hypocondre droit ; cette gêne devient de temps en temps de la douleur qui dure de quelques heures à une journée, sans toutefois la forcer au repos.

Jamais d'hématurie, ni de sable dans l'urine ; à la fin de juin, douleurs plus vives avec nausées durant huit à dix jours.

Huit jours avant l'entrée, nouvelles douleurs accompagnées de vomissements qui obligent la malade à s'aliter et à entrer à l'hôpital.

On constate alors l'existence dans le flanc droit d'une tumeur douloureuse à la palpation, perceptible en avant par la paroi abdominale, perceptible dans la fosse lombaire, que les deux mains peuvent se renvoyer et qui paraît avoir le volume d'une grosse poire, ressemblant à une vésicule biliaire lithiasique, mais le siège de la tumeur, le volume normal du foie, l'absence d'ictère dans les antécédents, la présence du pus dans l'urine font diagnostiquer une pyélonéphrite.

La séparation des urines avec l'appareil de Cathelin montre à droite une urine très purulente, alcaline, contenant 5 gr. 124 d'urée par litre ; celle du rein gauche est claire, neutre et contenant 7 gr. 686.

« La quantité des urines par vingt-quatre heures est suffisante. La température vaginale atteint 38 degrés le soir. »

Les autres appareils sont normaux.

« *Opération le* 5 *septembre*. — Anesthésie chloroformique. Incision de la 11e côte à la crète iliaque.

« Le rein amené dans la plaie est volumineux et dur. Je l'incise d'un bout à l'autre le long du bord convexe et en extrais un volumineux calcul ramifié et quatre autres plus petits (Le tout pesait le jour même 52 grammes et ne pèse plus aujourd'hui que 47 grammes). La partie supérieure du rein était exactement appliquée sur le calcul, la partie inférieure contenait du pus, mais, le tissu rénal paraissant en bon état, je refermai complètement le rein, comptant sur l'uretère pour assurer le drainage. Je fermai la plaie cutanée en y laissant un drain.

« Sérum, 1.000 grammes. Le soir, 38 degrés.

« Le 6 septembre, 38°5, 38°4 ; pouls, 100 ; urines, 500 grammes contenant du sang.

« 7 septembre, 38 degrés, 38°,5 ; urines, 750 grammes. Se trouve bien.

« 8 septembre, 38 degrés, 38 degrés ; urines 1.000 grammes.

« La température atteignit 38 degrés le soir pour la dernière fois, le 13. La malade ne souffre plus. Le pansement est renouvelé d'abord tous les deux jours, puis tous les trois jours. Il n'y a qu'un léger suintement, pas d'odeur urineuse.

« Le 15, ablation des fils. Le 18, suppression du drain. Les urines laissent toujours un léger dépôt.

« Le 22 septembre, la malade accuse une douleur dans le bas-ventre à droite ; cette douleur persiste le 23 ; le 25 elle a complètement disparu sans qu'on ait trouvé de gravier.

« Le 1er octobre, la malade quitte l'hôpital se trouvant complètement rétablie, quoique les urines ne soient pas encore absolument limpides. »

M. Riche fait suivre son observation des réflexions suivantes que je ne puis qu'approuver :

« Cette observation nous montre une fois de plus la tolérance du rein pour les gros calculs. Celui-ci existait certainement depuis plusieurs années ; il n'y a qu'un an que la malade s'en est trouvée un peu gênée, et ce n'est que huit jours avant son entrée à l'hôpital qu'elle a eu une crise nette de colique néphrétique. »

« La suture du rein lorsqu'on vient de l'ouvrir pour une pyélonéphrite n'est évidemment pas une pratique à généraliser ; mais lorsqu'il s'agit d'une pyélonéphrite calculeuse qui a laissé au rein à peu près sa forme, on peut se permettre de refermer l'organe : on évite ainsi de voir l'urine souiller pendant un temps plus ou moins long le pansement et le lit des malades. »

« J'ai vu d'ailleurs depuis, dans le compte rendu de la séance

du 30 juillet, que Carlier (de Lille) avait fait de même avec un résultat tout aussi satisfaisant. »

Je me permettrai d'ajouter, moi aussi, quelques réflexions.

Tout d'abord, vous applaudirez comme moi à la sagacité clinique et à l'esprit de décision de notre collègue.

Il fallait, disons-le, une certaine hardiesse pour fermer un rein infecté : mais M. Riche ayant constaté qu'il n'y avait pas de rétention, que d'autre part l'uretère devait être libre et de calibre suffisant : puisqu'il laissait couler librement le pus, il devait donc drainer suffisamment.

Il a évité, ainsi qu'il le dit, l'écoulement d'urine par la plaie lombaire : c'est là un réel avantage.

Seulement il a constaté que l'urine, après l'opération et au moment de la sortie de la malade, était trouble; c'est là un inconvénient. Aurait-il pu l'éviter? Il me semble qu'il eût pu l'éviter ou tout au moins l'atténuer.

Il eût été possible, je crois, de désinfecter les uretères et le bassinet, comme on désinfecte la vessie. Le rein supporte bien les injections de solution de nitrate d'argent à 1/1000 et même au 1/500. En le laissant ouvert, il eut pu, pendant plusieurs, jours faire des injections dont l'effet ne se fut pas fait attendre et à bref délai laisser le rein se fermer.

L'inconvénient de l'urine venant souiller le pansement peut être évité par la fermeture partielle du rein avec un tube qui conduit l'urine dans un récipient placé sous le lit du malade.

Quand on le juge convenable, on retire le tube et le rein, si le passage de l'urine est suffisamment assuré par l'uretère, ce qui a était le cas pour la malade de M. Riche, se ferme bientôt.

M. Riche a cru devoir faire à sa malade, avant de l'opérer, la séparation intra-vésicale de l'urine des deux reins. Je pense qu'il ne fera aucune difficulté pour reconnaître avec moi que cette séparation était inutile. Le diagnostic était précis : on pouvait facilement se passer de cette complication.

On me dira que c'était pour connaître la valeur fonctionnelle de chacun des deux reins; mais il me semble suffisamment démontré actuellement que ce n'est pas par l'analyse d'une urine de quelques minutes qu'on peut connaître la puissance sécrétoire, et ceux mêmes qui y cherchent une indication, notamment notre collègue Albarran, sont obligés de reconnaître que pour savoir la valeur d'un rein, il faut l'urine des vingt-quatre heures.

Vous me permettrez d'ajouter que quand même on connaîtrait la quantité des substances éliminées, on n'aurait pas cette valeur fonctionnelle.

Certains auteurs (Rowsing), disent que quand le taux de l'urée est abaissé au tiers de sa valeur, la néphrectomie est contre-indiquée. Voyez la malade de M. Hartmann : le taux de son urine était certainement abaissé au-dessous du tiers, elle a très bien supporté son opération; j'ai cité des faits analogues. La valeur fonctionnelle est établie d'une autre façon, c'est-à-dire par l'étude de l'élimination du bleu de méthylène ou de la phloridzine, car pour le rein, je ne cesserai de le répéter : *la façon de donner vaut mieux que ce qu'il donne.*

L'analyse de l'urine séparée des deux reins ne pouvait donc être nécessaire. Du moment qu'il y avait une indication d'opération, on était forcé de voir le rein, et c'est en le voyant qu'on pouvait le mieux savoir son état.

En effet, M. Riche nous dit que c'est parce que le tissu rénal lui avait paru en bon état qu'il a fermé le rein.

Je ne lui ferai certainement pas le reproche d'avoir fait cette séparation, je dis simplement qu'il eût pu s'en passer, parce qu'elle n'a rien ajouté d'utile à ses connaissances. Avouons qu'il en est bien souvent ainsi et que beaucoup d'exemples de séparation qu'on nous présente sont plutôt faits pour nous montrer la bonté des instruments que leur utilité dans tel ou tel cas déterminé, et permettez-moi, à ce propos, de vous lire une lettre dont la franchise fait honneur à la loyauté de celui qui l'a écrite :

Mon cher maître,

J'ai eu l'occasion de diviser ces jours-ci la vessie d'une malade chez qui vous aviez diagnostiqué autrefois « pyélonéphrite gauche ». C'est une sage-femme de Neuilly que m'avait envoyé à Necker son médecin, M. le docteur (je n'ai pu lire le nom). J'ai obtenu *à droite* une urine très claire, à gauche une urine *trouble*, ce qui confirme votre diagnostic :

A droite, 23 gr. 40 d'urine par litre.
A gauche, 17 gr. 20 — — —

J'ai conseillé à la malade de retourner vous voir.
Croyez, etc.

Signé : Dr CATHELIN.

Evidemment, il n'y a pas grand inconvénient à introduire un séparateur dans l'urètre d'une femme, mais supposez qu'il s'agisse d'un homme, évidemment le cas ne serait pas le même. L'introduction du séparateur à travers un urètre masculin n'est pas chose indifférente pour le patient et n'est pas à la portée de tous les praticiens. C'est pourquoi nous devons, nous qui, par notre situation hospitalière, avons la possibilité d'avoir une grande expérience de beaucoup de sujets, nous efforcer de mettre à la

portée de tous nos confrères les moyens de faire un diagnostic, sans avoir recours à une instrumentation dont l'usage ne va pas quelquefois sans quelque dommage, et de leur permettre de poser sans instruments des indications opératoires.

Ce n'est pas à dire pour cela que la séparation des urines ne sera pas souvent utile, quelquefois nécessaire et même indispensable. Certaines conditions anatomiques et des considérations extra-médicales pourront empêcher des examens complets par les moyens ordinaires et habituels, par exemple chez des jeunes filles vierges; certaines particularités rares, des conditions analogues à celles de la malade de M. Hartmann, rendront nécessaire la séparation. Mais, j'estime qu'auparavant il aura été utile, nécessaire d'établir le diagnostic par d'autres moyens; j'estime qu'il faut aussi savoir s'en passer, parce que quelquefois il sera impossible de l'appliquer.

Je vous demande pardon de cette digression et je reviens à mon sujet. Je disais que M. Riche n'eût pas moins bien conduit son opération, ni moins bien posé les indications opératoires, quand même il n'aurait pas fait la séparation de l'urine des deux reins. L'indication opératoire était précise et c'était l'état du rein qui devait guider sa conduite.

Toutes ces considérations sont justifiées par l'exemple suivant, tiré d'un malade que j'ai encore dans mon service; c'est un Levantin âgé de vingt-quatre ans, qui m'est adressé par le Dr Maire (de Vichy), avec une fistule du flanc gauche laissant couler de l'urine et du pus et qui est consécutive à une opération qu'on lui a faite à Marseille au mois de mars dernier, et à propos de laquelle M. Reynès, qui l'a opéré, nous envoie l'observation dont voici le résumé :

Il entre une première fois, le 19 mars 1901, à l'Hôtel-Dieu de Marseille avec des symptômes de cystite subaiguë et un rétrécissement ne laissant passer que le n° 14, bien qu'il ait été opéré de rétrécissement (?) par l'urétrotomie interne neuf mois auparavant. Au reste, cette opération aurait donné lieu à une hémorragie considérable pour laquelle on dut faire l'aspiration des caillots. État général légèrement fébrile, teint légèrement cachectique. Le rein gauche est gros et douloureux.

On conseille la dilatation du canal et on finit par arriver au n° 26 de la filière Charrière.

On fait la cystoscopie en octobre 1901, et on constate un écoulement de pus par l'uretère gauche. Au reste le rein gauche est toujours douloureux.

Le 10 octobre 1901, néphrolithotomie pour laquelle on résèque la 12e côte. Le rein est très gros et on sent dans son pôle supé-

rieur un corps dur comme un calcul. On fend le rein sur ce calcul et on peut l'extraire.

Les calices sont explorés attentivement et on ne trouve plus rien. On suture le rein et on le rentre dans sa loge. Suture cutanée. Les suites opératoires sont bonnes.

Le rein reste un peu gros et sensible. En janvier 1902, l'urètre se rétrécissant, on le dilate.

Le 18 mars 1902, les douleurs continuent, les urines sont sales; le rein est gros et douloureux. Langue blanche, légère fièvre.

On pratique une deuxième opération. « On ne trouve pas de gros calculs agglomérés, mais une importante quantité de graviers de petite taille. »

La plaie se ferme peu à peu. Le malade part pour Vichy, d'où il arrive dans mon service avec une fistule lombaire par laquelle s'écoule de l'urine purulente.

Pensant que la fistule est entretenue par un rein en grande partie détruit, je me propose de lui faire la néphrectomie de ce côté. Le flanc est rempli par une masse assez douloureuse, difficilement explorable à cause de la douleur, et qui peut être très bien prise pour une masse de périnéphrite scléreuse déterminée par la présence d'un rein suppuré jouant le rôle de corps étranger.

Le flanc droit était douloureux de temps en temps, mais il n'y avait pas d'augmentation de volume de ce côté :

L'analyse de l'urine donnait :

Volume	1.250	
Urée	7g04	par litre.
Acide urique	0 193	—
Chlorures.	4 30	—
Phosphate (acide-phosph.).	0 92	—

L'épreuve du bleu était favorable: une heure après l'injection sous-cutanée, le bleu apparaissait dans l'urine.

Je l'opère le 16 juin; voici les détails de l'opération :

Le 16 juin 1902. — Incision passant par la cicatrice des opérations antérieures et que l'on prolonge un peu en avant. A ce moment on perçoit un petit sifflement : c'est le péritoine qui vient d'être ouvert sur une longueur de 0,01 environ. L'on croit pendant un instant qu'il n'a n'a pas été ouvert, car il sort en dessous un filet de pus. Néanmoins, en regardant avec attention, on s'aperçoit que le point par où sort le pus est en arrière de l'orifice dans lequel on avait mis une sonde cannelée pour s'assurer au préalable que le péritoine était ouvert. On ferme le péritoine et on continue à inciser. Immédiatement un jet de sang assez fort montre que le rein est incisé. Celui-ci était effectivement tout à fait sous-cutané et en même temps on découvre dans la plaie un petit calcul

pyramidal. On agrandit l'incision et on trouve dans un calice un calcul coralliforme. On dénude rapidement le rein (Cette dénudation est d'ailleurs fort difficile à la partie supérieure). Quand le rein est dénudé on s'aperçoit que cette partie supérieure a l'air saine et que, dans la partie moyenne, la partie postérieure tout entière est fort épaisse.

En faisant cette exploration on trouve dans le bassinet un autre calcul coralliforme qui sort par la face postérieure de l'organe à l'union des calices avec le rein.

On retire encore *deux* autres fragments, gros comme de petites noisettes, paraissant faire partie du même calcul, et *trois* autres petits calculs à facettes. Le pus dont on avait vu un filet dès la première incision était situé autour du rein, au voisinage de son extrémité inférieure.

Après avoir constaté qu'il reste une quantité du rein suffisamment grande pour pouvoir être conservée, au lieu de faire la néphrectomie, on se contente de terminer l'opération à ce moment. Après avoir exploré les calices et les bassinets et s'être assuré qu'il ne restait aucun calcul (sauf, peut-être, un petit isolé qui serait tombé dans la loge périnéphrétique) on place un tube non perforé, et que l'on perfore seulement dans la partie intra-rénale. Puis on suture, tout autour, le rein par deux points de suture au catgut sur l'incision longitudinale par laquelle le rein fut ouvert et exploré.

Mais dans les mouvements nécessités par la décortication du rein, celui-ci a subi une déchirure antéro-postérieure, sur sa face postérieure, dont on arrête le sang par compression. On place à cet endroit deux points de suture verticaux qui assurent l'hémostase.

Drain et mèche dans la partie inférieure de la loge rénale.

On ferme, par un surjet au catgut, les muscles; suture de la peau au crin de Florence.

Pansement aseptique.

Anesthésie commencée avec chlorure d'éthyle et continuée avec chloroforme.

Si j'avais voulu chez ce malade faire la séparation de l'urine, j'aurais été bien embarrassé; je n'aurais certainement pas pu, à moins peut-être de lui imposer des souffrances et de lui occasionner des accidents, si j'avais voulu persister dans mon dessein: car il était porteur d'un rétrécissement juxta-membraneux, et peut-être étendu à la portion membraneuse, peut-être d'origine blennorragique, peut-être aussi d'origine chirurgicale; car on lui avait fait une urétrotomie interne, pour un rétrécissement qui se serait montré moins de deux ans après la première blennorragie. Mais je n'en avais nul besoin de cette séparation. Il y avait une indication opératoire : je l'ai remplie, et chemin faisant j'ai obéi aux suggestions que me dictait l'état de l'organe que j'ai incisé. J'étais parti pour une néphrectomie, ne m'attendant pas à trouver un calcul, ne supposant pas qu'il eût pu en si peu de temps se

développer un calcul de ce volume, et mon intervention s'est bornée à une néphrolithotomie.

Je n'ai pas suturé le rein, je l'ai laissé ouvert; malgré cela, il ne s'est pas écoulé d'urine par la plaie, et cette plaie s'est fermée rapidement. C'est ce qui justifie et condamne à la fois la suture du rein après la néphrolithotomie dans le rein infecté.

Ça la justifie, parce que cela prouve que, dans beaucoup de cas, la suppuration est entretenue par la présence du calcul et non par des conditions anatomiques du bassinet et de l'uretère, celui-ci étant libre, comme le prouve l'abondance de la sécrétion purulente dans l'urine.

Ça la condamne, puisque, quand l'uretère est libre, il peut très bien suffire à draîner le rein et que, dès que le tube rénal est enlevé, la plaie du rein se ferme facilement; de telle sorte qu'en définitive, quand le rein est infecté, il vaut mieux, si la suppuration est abondante, drainer le rein, afin de pouvoir le désinfecter ultérieurement si cela est utile et si on pense que les lavages qu'on doit faire pendant l'opération n'ont pas été suffisants.

Malgré et à cause de toutes ces remarques, nous devons féliciter notre collègue de la façon dont il a conduit son opération, et parce qu'il nous apporte ici une contribution importante à la suture du rein infecté après néphrolithotomie. Nous ne devons avoir qu'un regret, c'est qu'il n'ait pas cru devoir faire suivre son observation de réflexions et de notes qui eussent mis en relief, mieux que je n'ai su le faire, toutes les particularités qui se rattachent à ce sujet si intéressant.

Je vous prie en outre de vouloir bien lui adresser nos remerciements.

M. Routier. — Je ne ferai pas ici la critique de la séparation des urines appliquée au diagnostic de l'état des reins; je vais tout à l'heure vous présenter précisément un rein purulent que j'ai enlevé, et les deux tubes de la séparation des urines que j'ai fait pratiquer pour confirmer mon diagnostic; mais, comme mon ami Bazy, je suis convaincu qu'on peut arriver au diagnostic précis sans ce complément d'information.

Une observation très analogue à celle qui fait l'objet du rapport me paraît mériter de vous être rapportée.

En juillet dernier, j'ai pratiqué la néphrolithotomie à une dame de soixante ans, qui avait des coliques néphrétiques toujours à gauche depuis trente ans.

Au début, elle avait rendu des calculs, mais, depuis longtemps, elle n'en rendait plus. Depuis longtemps aussi, elle avait des

hématuries qui, devenues beaucoup plus fréquentes ces temps derniers, l'affaiblissaient beaucoup.

L'urine était trouble, sans être franchement purulente.

A l'ouverture du rein, après avoir enlevé deux ou trois petits calculs et deux plus gros, dont un enkysté dans un calice, le rein me parut tellement sain, que je crus pouvoir le suturer comme l'a fait M. Riche. Je mis, par mesure de précaution, un drain au contact du rein.

Les suites furent des plus simples : l'urine fut hématique les premiers jours, puis devint claire; le drain fut enlevé le troisième jour.

Mais, dix jours après, l'urine déposa une assez grande quantité de leucocytes; ceci dura une douzaine de jours, puis l'urine se clarifia de nouveau, et, aujourd'hui, la malade va parfaitement.

Au moment de l'intervention, j'avais voulu, pour confirmer mon diagnostic, faire radiographier la malade, faire séparer ses urines; elle était assez souffrante, redoutait tout mouvement, toute fatigue, et me demanda si ces deux choses étaient absolument indispensables; je lui répondis qu'assurément je pouvais m'en passer, qu'il n'y avait pas encore longtemps il fallait bien s'en passer, et pour cause.

On ne fit donc ni radiographie, ni séparation des urines; mon diagnostic n'en était pas moins exact; je n'avais eu cependant, pour me guider, que la fixité des douleurs.

Ne concluez pas de là que je fais fi de ces deux grands moyens, mais je les considère comme des suppléments, des compléments d'information.

Présentations de malades.

Fractures de jambes traitées par les agrafes de Jacoël.

M. Quénu. — Je présente deux malades (avec radiographies) atteints de fractures de jambes traitées par les agrafes imaginées par un étudiant en médecine de notre Faculté, M. Jacoël.

Le premier, âgé de quarante-deux ans, était atteint d'une fracture oblique du tibia compliquée de plaie, et qui fut traitée par l'immobilisation dans le plâtre. Au bout de soixante-dix jours, il n'y avait aucune trace de consolidation.

L'opération fut faite le 25 avril et, après avivement des fragments, la contention fut obtenue à l'aide de deux agrafes de Jacoël.

Le 13 juillet, soit quarante-huit jours après, la consolidation était complète, le malade marchant déjà depuis le 2 juillet.

Le second malade, âgé de trente-quatre ans, avait une fracture oblique des deux os de la jambe remontant à deux ans, fracture également compliquée de plaie, avec issue du fragment supérieur.

La suture osseuse fut pratiquée en province, le lendemain de l'accident, à l'aide de fils d'argent.

Le 28 mai 1900 et le 18 septembre de la même année, le malade subit des opérations pour l'extraction d'esquilles.

En décembre 1901, L. R... me fut adressé à l'hôpital Cochin, avec une fracture consolidée, mais avec chevauchement des fragments, cal douloureux et marche très défectueuse.

L'opération eut lieu le 7 février 1902. Le 5 mai, élimination d'une agrafe (la peau qui la recouvrait était cicatricielle). Le 15 mai, la marche est facile, soit un peu moins de trois mois après l'opération.

J'ai appliqué ces agrafes chez trois autres malades. Elles sont applicables dans tous les cas où l'on emploie la suture osseuse; elles me paraissent plus commodes à placer que les fils; il suffit de percer deux petits trous écartés l'un de l'autre juste de la longueur des agrafes, d'introduire les deux pointes de l'agrafe dans les trous et d'appliquer quelques coups de maillet. L'originalité de ces agrafes consiste dans la disposition des pointes en barbes d'épi disposition qui empêche l'éclatement de l'os et qui assure la solidité.

Elles sont généralement bien tolérées; l'une a été éliminée dans deux cas, où sa surface n'était recouverte que par une peau mauvaise, cicatricielle, ayant antérieurement suppuré. Cette élimination s'est faite sans suppuration aucune. Un point de technique intéressant : il faut que les petites perforations qui recevront les pointes soient d'un diamètre légèrement inférieur à celui des pointes. Il est utile d'avoir un maillet conique, afin de ne frapper que par une petite surface sur la jonction de la pointe avec la partie transversale de l'agrafe.

M. Tuffier. — Ces agrafes ont été inventées par M. Jacoël; les détails de leur construction actuelle et la technique de leur application ont été faites par mon élève M. le Dr Dujarier, prosecteur des hôpitaux, qui les a importées dans mon service il y a plusieurs mois. Je les ai signalées dans mon rapport au Congrès de Bruxelles; j'ai eu moi-même l'occasion de les appliquer, et tout récemment encore au cours de la réduction sanglante d'une fracture de jambe difficilement coërcible. J'ai été étonné de voir combien leur résis-

tance et leur fixité étaient considérables. Elles ont sur le fil d'aluminium l'avantage d'assurer une coaptation rigide des fragments. Elles n'ont, comme tous les corps étrangers volumineux placés dans les fractures, qu'un gros désavantage, c'est leur élimination tardive possible. L'accident est arrivé à M. Quénu; c'est ce qui m'a fait dire qu'en matière de réduction sanglante, moins on laisse de corps étrangers pour fixer les os, mieux cela vaut.

Varices lymphatiques chez une femme enceinte. Rachicocaïnisation; extirpation; accouchement à terme; guérison parfaite onze mois après.

M. Tuffier. — Je vous présente une femme de quarante ans qui est entrée dans mon service le 29 novembre 1901 pour une tuméfaction de la région inguinale droite que nous avions diagnostiquée : varices lymphatiques; à cette époque cette femme était enceinte de six mois La tumeur était apparue trois mois auparavant et s'était accrue progressivement C'était une tumeur irrégulière, mamelonnée, composée de vésicules de volume inégal, étalée dans la région inguinale droite sous forme d'une plaque de la largeur de la paume de la main. De consistance molle, indolore à la pression, assez mobile sur les plans sous-jacents, cette tumeur spongieuse se vidait facilement sous les doigts qui la comprimaient. La malade ne présentait pas de varices sanguines si fréquentes au cours de la grossesse.

Je mis d'abord cette femme en observation, pensant que le repos au lit amènerait la disparition ou la diminution de la tumeur; mais comme, bien au contraire, celle-ci augmentait encore de volume, et que les vésicules superficielles menaçaient de rompre, je dus recourir à une opération. Après avoir rachicocaïnisé la malade, je fis l'extirpation en masse du paquet variqueux, comme s'il s'agissait d'une tumeur solide, les vaisseaux lymphatiques avaient le volume du petit doigt et laissaient couler un liquide clair presque transparent. Ils furent successivement pincés et liés au catgut. Suture aux crins de Florence; réunion par première intention. La grossesse suivit son cours et la femme accoucha à terme d'un enfant vivant. La tumeur était formée de varices lymphatiques. M. Milian la présentée à la société anatomique où M. Cornil a examiné les perforations.

J'ai revu cette malade en juin dernier. La cicatrice était par-

faite, mais, à sa partie supérieure, je notai encore la présence de deux petites vésicules transparentes, grosses comme une tête d'épingle, reliquat de l'ancienne lésion. Depuis, ces vésicules ont disparu à leur tour, la cicatrice est souple et la palpation ne révèle rien d'anormal dans la fosse iliaque.

Il est probable que cette femme, qui cependant n'avait jamais quitté la France, portait des varices lymphatiques depuis longtemps. Sous l'influence de sa grossesse, elles avaient pris un développement énorme, formant un véritable tissu caverneux.

M. Launay présente un malade qu'il a opéré pour un *kyste dermoïde du mésentère.* — M. Potherat, rapporteur.

Présentations de pièces.

M. Bazy présente les calculs qu'il a enlevés au malade dont il a lu l'observation dans le rapport ci-dessus.

Néphrectomie. — Séparation des urines par le procédé Cathelin.

M. Routier. — Voici un rein ou mieux les vestiges d'un rein droit que j'ai enlevé le 15 octobre à un homme de trente-sept ans qui va bien aujourd'hui.

Cet homme entré le 2 octobre dans mon service avait 39°7, le pouls très rapide, un état général des plus mauvais; son urine était trouble, purulente et fétide.

Quand on palpait son ventre, tout le côté gauche était souple; au contraire, du côté droit, il y avait une telle contracture, une telle défense musculaire qu'il était impossible de sentir le rein par la palpation.

Le malade faisait remonter tous ces accidents à une chute qu'il aurait faite à Pragues il y a douze ans; il serait tombé à plat dans l'eau en prenant un bain froid, et aurait de suite après pissé du sang.

Le 3 septembre 1902, il avait subi dans une clinique de la ville

une électrolyse pour deux rétrécissements dont on ne trouve pas de traces; il est permis quand on s'en rapporte aux commémoratifs de se demander si ces rétrécissements ont jamais existé.

La vessie est capace, tolérante; étant donné les caractères de l'urine et cette défense musculaire à droite, je conclus à une pyonéphrose droite.

Pour assurer ce diagnostic, je prie M. Cathelin de vouloir bien pratiquer la séparation des urines, ce qui fut fait le 15 octobre; le malade était entre temps devenu apyrétique, et l'urine était beaucoup moins purulente; voici la note que m'a remise M. Cathelin :

Division vésicale, le 15 octobre 1902.

Homme. Diagnostic clinique : suppuration du rein droit.

Application du diviseur : un quart d'heure *sans douleur.* Bonne capacité vésicale : 350 grammes.

Rein gauche : 12 centimètres cubes d'une urine absolument limpide et jaunâtre, très claire comme si on l'avait filtré, 16 grammes d'urée.

Rein droit : 8 centimètres cubes d'une urine absolument trouble et blanche, 3 grammes d'urée. Nous éliminons la grosse pyonéphrose et la pyonéphrose simple avec adhérences et sclérose. Nous disons : rein renfermant de l'urine trouble.

Opération : coque rénale remplie d'urine trouble.

Voici les deux tubes contenant les deux échantillons.

Le rein formait une vaste poche bosselée contenant 1 litre environ de liquide semblable à celui que vous voyez dans le tube correspondant au rein droit; deux petits calculs noirs bouchaient l'uretère incomplètement.

J'ai pratiqué l'ablation de cette coque rénale après ligature au catgut du pédicule séparé en deux parties : l'uretère, d'une part, qui a été touché ensuite au thermocautère, les vaisseaux, d'autre part.

Les suites ont été des plus simples; le lendemain, l'urine du malade était claire et limpide, comme celle du tube correspondant au rein gauche. La réunion a été parfaite.

L'appareil de Cathelin a été supporté sans douleur par un malade craintif et pusillanime, il n'a nullement provoqué de fièvre chez ce malade qui y était très prédisposé, et le résultat a été merveilleux.

Prostatectomie périnéale
pour hypertrophie et tumeur de la prostate.

M. Tuffier. — Je vous présente une volumineuse prostate que j'ai enlevée par la voie périnéale chez un vieillard âgé de 62 ans. Ce qui fait surtout l'intérêt de cette pièce, c'est la tumeur, en forme de champignon, qui s'inplantait sur le lobe droit de l'organe et faisait saillie dans l'intérieur de la cavité vésicale. Le malade que je soigne depuis une dizaine d'années pour une rétention complète d'urine avait eu, il y a trois ans, des hématuries abondantes qui avaient nécessité une systotomie sus-pubienne, il n'existait alors aucune tumeur appréciable dans la vessie. Actuellement ce sont les difficultés progressives du cathétérisme qui m'ont obligé à intervenir. Celui-ci est actuellement en bonne voie de guérison.

M. Ricard présente deux reins : 1° un rein atteint *d'hydronéphrose intermittente infectée* avec coudure de l'uretère et passage de cet uretère au-dessus de brides qui paraissent être des vaisseaux du rein.

2° un rein porteur de *kystes hydatiques multiples.*

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. de Rouville, agrégé de la Faculté de Montpellier, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de Chirurgie.

A propos de la correspondance.

M. Pierre Delbet présente, au nom de M. Heresco (de Buckarest), deux observations de *pyonéphroses calculeuses.* — Renvoyé à une commission : M. Pierre Delbet, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Discussion sur l'appendicite.

M. Routier. — La communication de notre collègue Legueu confirme trop ma manière de voir au point de vue du traitement de l'appendicite aiguë pour que je ne la fasse pas suivre ici de quelques réflexions.

A tort ou à raison, depuis la grande discussion de 1899, nous restons séparés en deux camps, je ne dirai pas ennemis, mais à

tendances sensiblement divergentes : les abstentionnistes ou temporisateurs, les interventionnistes ou radicaux.

Cette division n'est pas sans jeter un grand trouble dans l'esprit des praticiens qui, en face d'une appendicite aiguë, se voient forcés de choisir entre deux méthodes radicalement opposées.

Je sais bien que les abstentionnistes nous concédaient que dans certains cas, en face de certains symptômes, on ne devait plus s'abstenir et opérer.

Mais, depuis quelque temps, les communications ou les publications de ces mêmes abstentionnistes, plus nombreuses il faut l'avouer que les nôtres, ont répandu, non seulement dans le monde médical, mais dans le grand public si avide de tout ce qui touche à la médecine, cette notion qu'on ne devait jamais opérer une appendicite aiguë, qu'il fallait toujours et d'abord la faire refroidir, pour l'opérer ensuite en toute sécurité; que donc le traitement de toute crise appendiculaire consistait d'abord dans le repos au lit, la glace sur le ventre, l'opium à l'intérieur et les grandes injections de sérum.

Ces restrictions des abstentionnistes dont je parlais tout à l'heure ne semblent pas avoir dépassé cette enceinte, car, pour un grand nombre de médecins, leur méthode se résume dans cette formule simple et facile à suivre : n'opérez jamais l'appendicite aiguë.

Ce serait fort bien si on était en droit de compter sur le traitement médical pour arrêter absolument toute appendicite aiguë dans son évolution. J'ajoute que s'il en était ainsi, bien que par mes tendances je sois très interventionniste, l'opération pratiquée à froid, malgré sa bénignité, me paraîtrait une opération de luxe que, seuls, certains malades pourraient se permettre, qui voudraient s'éviter de temps en temps des périodes de douleur et de repos obligé au lit, agrémentées de diète.

Mais il est loin d'en être ainsi; non seulement le fameux traitement médical n'arrête pas l'évolution de la crise, mais il n'empêche même pas les rechutes; j'en ai des preuves irréfutables, de sorte que je suis convaincu que les observations de l'ordre de celles que nous a apporté ici notre collègue Legueu sont beaucoup plus nombreuses qu'on ne le croit.

S'il en était autrement, pourquoi nos contradicteurs auraient-ils le monopole de pouvoir juguler l'appendicite par le traitement médical? pourquoi, pour ma part, n'aurais-je pas aussi bien réussi qu'eux?

J'affirme que toutes les fois que, bon gré mal gré, j'ai appliqué ce traitement, je l'ai toujours fait avec la plus grande conscience, avec la plus scrupuleuse exactitude.

Eh bien, je le déclare hautement, je n'en ai pas été satisfait.

Aussi, malgré toutes les affirmations des abstentionnistes, malgré le regret que j'ai à me séparer de collègues que j'estime, j'en reste à ma formule de 1899 : « Je ne me suis jamais repenti d'avoir opéré une appendicite trop tôt; j'ai toujours regretté d'avoir attendu. »

Mon opinion s'est encore fortifiée, car, depuis 1899, je me suis vu appeler à intervenir par des médecins qui, ayant perdu des malades soumis à l'expectation armée, voulaient essayer de l'autre méthode; j'ai eu le bonheur, particulièrement dans deux cas, de sauver leurs malades.

Encore aujourd'hui, je reçois d'un confrère de province la preuve que le traitement médical n'empêche pas l'évolution de l'appendicite.

Appelé dans les premiers jours de juillet auprès d'une de ses clientes, jeune femme qui avait une crise légère d'appendicite, je voulais l'opérer de suite; c'était sans doute sa seconde ou troisième crise.

Mais on voulut avoir d'abord l'opinion d'un de nos collègues des hôpitaux, médecin, parent de la famille. Il vit donc la malade après moi, et décida qu'on devait appliquer le traitement médical et attendre le mois d'octobre pour opérer. Pourquoi cette date d'octobre? je ne l'ai jamais compris.

Malgré ce traitement, il y a eu plusieurs rechutes, et la malade va être opérée incessamment, après avoir été, à deux reprises, en danger de mort. J'estime que si je l'avais opérée en juillet, il y a longtemps qu'elle aurait oublié tous ses ennuis. Cela ne se passe même pas toujours ainsi, il y a eu des morts.

Ces cas même suivis de mort, je ne crains pas de le dire, ne sont pas publiés; ils n'ont pas leur place marquée dans les statistiques, et, en dehors de ceux que nous pouvons observer nous-mêmes, nous ignorons les autres.

Je sais bien que les abstentionnistes prétendent ne pas s'abstenir obstinément; ils font, comme ils disent, de l'expectation armée; c'est ce que je leur reprocherai le plus, car ils se laissent forcer la main par les événements pour opérer.

Rappelez-vous donc que c'est exactement la conduite qu'ont tenue, il y a quelques années, nombre de chirurgiens dans la thérapeutique des plaies et des contusions graves de l'abdomen; vous savez ce qu'il en résultait, la mort après chaque intervention, ce qui faisait dire que l'opération était des plus graves et ne donnait pas de résultat.

Or, l'évolution s'est faite, on opère aujourd'hui aussitôt que

possible, et la laparotomie sauve à coup sûr des malades qui mouraient par la pratique ancienne.

J'estime qu'il en est de même pour l'appendicite; si vous vous laissez forcer la main par les accidents, il est trop tard; la maladie n'est plus locale, elle est généralisée, le malade s'empoisonne, s'intoxique, l'état général devient tellement précaire que si par une intervention vous pouvez encore ouvrir un abcès, arrêter l'évolution d'une péritonite, le sujet n'a plus la force nécessaire pour faire les frais de la guérison, il meurt intoxiqué.

Ce sont là précisément les malades que je perds, c'est parce qu'ils sont opérés trop tard.

Convaincu cependant que de temps en temps on en sauve encore quelques uns, je ne refuse jamais l'intervention, je ne recule pas devant les mauvais cas; en un mot, en face du malade je ne pense pas à ma statistique, et je n'élude pas la grosse responsabilité d'une opération dans des conditions déplorables pour moi autant que pour le malade.

Je pourrais vous citer plusieurs cas où l'intervention retardée a été fatale au malade, en voici un :

Un jeune garçon de seize ans fut apporté un soir dans mon service en pleine crise appendiculaire grave; mes internes étaient absents.

L'enfant était malade depuis trois jours; je ne fus prévenu de son entrée qu'à ma visite du matin; je l'aurais opéré de suite si j'avais eu affaire à un adulte, regrettant de n'avoir pas été demandé la veille au soir; mais on avait négligé de demander l'autorisation aux parents; je n'osai pas passer outre, surtout ayant su que trois ans avant la famille s'était refusée à toute intervention. Il avait eu en effet à cette époque, trois mois durant, des crises appendiculaires.

Cependant, déjà chez lui, le malade avait été mis au traitement médical dès que le médecin qui me l'adressait avait été appelé auprès de lui, c'est-à-dire dès le second jour de la maladie, la mère ayant pris sur elle de purger son fils dès les premières douleurs.

Quand je vis cet enfant, son ventre était douloureux partout, avec prédominance à droite, le point de Mac Burney était très accusé; la défense musculaire était complète à droite; il avait eu de la diarrhée.

Les vomissements du premier jour s'étaient arrêtés à la suite de la diète absolue; il avait 39°6 et 120 pulsations. Ceci se passait le 7 juillet. Je fis de suite demander à la famille la permission d'opérer; en attendant, je continuai le traitement médical sévèrement institué depuis deux jours.

L'autorisation n'arriva que le lendemain 8; l'état avait empiré, le malade était ictérique, les urines étaient rares, la température était toujours à 39°6, le pouls était plus fréquent, à 130.

La laparotomie donna issue à une abondante quantité de pus épais et infect; je pratiquai un grand lavage au cours duquel j'ouvris une autre collection purulente du petit bassin. L'appendice ne se montrant pas, je ne crus pas devoir compliquer mon intervention par sa recherche ; je mis deux gros drains et deux grosses mèches.

Les trois jours suivants, l'enfant resta agité, anxieux, avec 39 degrés, 130 pulsations ; il est mort le soir du troisième jour.

Je ne puis m'empêcher de croire que si, au lieu de l'opérer le 8, je l'avais opéré le 6 au soir et surtout plus tôt, cet enfant aurait guéri.

Chez lui, malgré le traitement médical sévèrement appliqué, l'appendicite a évolué, l'organisme a été intoxiqué, il était trop tard quand j'ai pu agir.

Ce malade avait deux grosses collections purulentes, et je pense que dans ce cas, comme on l'a dit pour le malade de l'observation de Legueu, même les abstentionnistes auraient opéré.

Mais ces abcès sont-ils donc si faciles à diagnostiquer? A entendre quelques-uns de nos collègues, le diagnostic de l'abcès serait un jeu. Je dois vous avouer que je me sens moins sûr qu'eux de ce diagnostic; malgré le grand nombre d'appendicites que j'ai vu, malgré le soin avec lequel j'examine les malades, je dois dire que si je crois pouvoir arriver au diagnostic ferme d'appendicite, je ne saurais aussi bien diagnostiquer la présence ou l'absence du pus.

Aussi ne puis-je vous cacher ma profonde stupéfaction en lisant les compte rendus du Congrès de Bruxelles, quand j'ai vu M. Sonnoenburg affirmer qu'il faisait au lit du malade le diagnostic des lésions anatomiques de l'appendice.

Ce diagnostic pour moi est impossible. J'avais été frappé dès mes premières observations de cette difficulté du diagnostic causée par la rigidité que présente la paroi abdominale dans l'appendicite; plus je vais, plus je vois que cette résistance, cette défense musculaire comme nous l'appelons tous aujourd'hui, et qui semble maintenant un signe banal, empêche ou fausse absolument toute palpation de la région.

La défense musculaire bien localisée du côté droit de l'abdomen existe toujours quand on sait la chercher; elle est pour moi presque un signe pathogonnomique, mais elle rend illusoire toute recherche de palpation de la fosse iliaque.

Aussi, quand j'entends dire quelquefois que dans une appen-

dicite aiguë on a senti l'appendice, le cordon qui roule sous le doigt, le boudin cæcal, etc., etc., je ne puis m'empêcher de penser à part moi que celui qui parle n'a pas une notion très claire de ce que peut donner la palpation dans l'appendicite aiguë.

Les diverses tumeurs ou tuméfactions qu'on perçoit sont toujours dues à des illusions fournies par la contracture des muscles.

Je n'en veux pour preuve que la différence totale des sensations qu'on éprouve quand on pratique la palpation sur le malade éveillé et sur le même malade bien endormi.

Alors, mais alors seulement, j'ose faire le diagnostic de l'abcès, et je n'ose cependant affirmer que je ne me trompe jamais.

C'est précisément cette difficulté presque insurmontable du diagnostic précis des lésions anatomiques qui m'a rendu très radical, et partisan de l'intervention aussi hâtive que possible.

Règle générale, j'ai toujours trouvé des lésions plus avancées que je ne le soupçonnais.

En chirurgie, dans le doute, il vaut souvent mieux ne pas s'abstenir; ici, j'ose dire qu'il ne faut jamais s'abstenir.

Les abstentionnistes les plus acharnés nous accordent que si les appendicites étaient opérées dans les trente-six, même dans les quarante-huit premières heures, les résultats seraient les mêmes que pour l'opération à froid, c'est-à-dire excellents.

Qu'ils le disent donc bien haut, que cette opinion qui nous réunirait tous dans un commun accord pénètre chez les médecins, chez ceux qui voient la maladie à son début, chez ceux qui, en somme, en donnant les premiers conseils, dirigent la thérapeutique ultérieure et peuvent seuls nous faire intervenir à temps.

Ne leur laissez pas croire, comme il semble résulter de vos écrits, que la glace, le repos au lit, la diète et l'opium peuvent juguler toutes les appendicites; les abstentionnistes qui se réclament de l'expectation armée ne le croient pas plus que nous; qu'ils le disent donc et que toute équivoque cesse.

Sans doute, un certain nombre de cas d'appendicite, le plus grand nombre si vous voulez, grâce à cette médication, n'arrivera pas aux graves complications mortelles, c'est même ce qui fait le succès des temporisateurs; mais quels sont ces cas? la difficulté, l'impossibilité même d'en faire le départ m'effraie.

Voici un cas où certainement la mort est due à la temporisation :

Une enfant de neuf ans fut prise de violentes coliques le 29 mai; sa mère la purgea.

Le 30, l'état empirait; on fit venir le médecin, qui, d'abord incertain sur son diagnostic, arriva vite à celui d'appendicite et institua le traitement médical dès ce jour même.

Tout parut s'apaiser, on crut la crise arrêtée; mais le 3 juin, rechute violente; je vois l'enfant le 4.

Le facies est bon, la langue humide; elle a 39 degrés, 120 pulsations, elle ne vomit que si on la fait boire; elle n'a plus eu de garde-robe depuis le début de sa maladie, elle croit avoir rendu des gaz c'est douteux.

La défense musculaire est typique, le point de Mac Burney très douloureux; mais la zone sus-ombilicale me paraît intacte, la partie gauche du ventre est presque souple, je ne crois pas qu'il y ait d'abcès; cette enfant ne me paraît pas intoxiquée, et j'ai la conviction que si je l'opérais de suite, elle guérirait.

Mais je n'étais pas à Paris, j'étais dans un milieu où il eût été difficile de faire quelque chose de propre; je n'avais rien apporté, n'étant pas averti.

Du reste, ces empêchements matériels n'étaient que secondaires; au seul mot d'opération, je rencontrai une opposition absolue dans la famille qui m'affirma avec l'autorité que seule donne l'ignorance qu'il ne fallait pas opérer pendant les crises.

Je me bornai donc, après avoir fait mes réserves, à laisser continuer le traitement médical qui avait été très bien suivi, en y ajoutant des injections de sérum, et en supprimant toute boisson.

Pendant quarante-huit heures on put croire que tout allait s'arranger, la famille triomphait, mais les vomissements reprirent, le ventre se ballonna, et l'enfant mourut le 12.

Je veux bien accorder que le traitement médical a prolongé cette enfant de huit jours, mais je suis convaincu que si je l'avais opérée lors de ma première visite, elle aurait guéri.

Les statistiques ne valent pas grand'chose à mes yeux; elles manquent d'unité, car elles ne sont pas faites avec le même esprit; le fait ne vaut que par son interprétation, et celle-ci varie à l'infini avec les auteurs.

Je vais cependant vous donner ma statistique d'une année; d'une part, pour obéir à la tradition, et, d'autre part, pour supprimer dans la bouche de mes contradicteurs le reproche certain qu'ils me feraient si je ne la donnais pas.

Statistique intégrale du 1er mars 1901 au 1er mai 1902. (Période correspondant au séjour des mêmes internes dans mon service.) J'ai publié mes années antérieures, notamment dans la thèse de Siron.

Opération d'appendicite.

A froid	49 opérés.	49 guéris.	
Aiguës, en pleine crise	17 —	17 —	
Aiguës, avec abcès	19 —	17 —	2 morts.
Avec péritonite	6 —	3 —	3 morts.
	91 opérés.	86 guéris.	5 morts.

Opérations d'appendicites compliquées de :

Appendicite et hernie	1 opéré.	1 guéri.	
— et varicocèle	1 —	1 —	
— et cholécystectomie	4 opérés.	3 guéris.	1 mort.
— et hystérectomie abominale totale pour lésions utéro-annexielles suppurées	10 opérés.	9 guéris.	1 mort.
	16 opérés.	14 guéris.	2 morts.

Au total : 107 opérations, 100 guérisons, 7 morts.

Je n'ai, je vous le répète, jamais songé à soigner ma statistique, je n'ai jamais refusé l'opération.

Je ne veux pas vous ennuyer de l'histoire détaillée de mes cas de mort ; tout comme un autre, comme dans toutes les statistiques, je pourrais les justifier.

Veuillez seulement remarquer que, sans parler des cas opérés à froid, je n'ai pas de morts dans la série de cas opérés en pleine crise, à l'état aigu ; c'étaient cependant des malades en état de fièvre vive, avec ballonnement du ventre, occlusion ; chez la plupart, l'appendice était gangrené ou perforé.

Je reste convaincu que mes cas de mort sont dus à une intervention trop tardive et que pour guérir l'appendicite aiguë on ne saurait opérer trop vite, tout autre traitement étant illusoire et insuffisant.

M. GÉRARD MARCHANT. — Le *jeudi 20 mars*, au matin, un enfant de sept ans était pris, en pleine santé, de crises douloureuses abdominales très violentes, assez fréquentes, laissant dans l'intervalle un calme complet ; en même temps se produisaient des vomissements alimentaires et un peu bilieux, d'ailleurs peu abondants. Les selles étaient sans caractère spécial.

Le ventre était légèrement tendu, résistant, mais dépressible cependant ; il n'existait aucune douleur localisée au point de Mac-Burney : l'ensemble du ventre était sensible, et peut-être davantage dans la fosse iliaque gauche, où la réaction musculaire était

perceptible. C'était, disait l'enfant, de ce côté gauche que la crise avait débuté. Les urines étaient normales. Le pouls était à 120, plein. La température du matin était de 38 degrés, celle du soir de 38°5.

Le 21 mars, même état. Douleurs moins vives; quelques coliques vagues, diffuses, sans localisation; léger ballonnement; pas de selles, pas de vomissements. Pouls, 120; température du matin, 38 degrés; 39 le soir. Pouls, 120.

22 mars. — Un de nos collègues d'internat, le Dr B...(1), médecin consciencieux, attentif, me fait appeler auprès de cet enfant; et après examen je diagnostique une *appendicite*. Par la pression profonde en effet, on arrivait à localiser le maximum de la douleur, au niveau du point de Mac-Burney. J'ajoutai *appendicite insidieuse;* car je fus frappé de l'*extrême pâleur* de cet enfant, *de la mauvaise qualité de son pouls : « je reverrai cet enfant ce soir*, dis-je à la famille; *et si son état ne se modifie pas, il faudra faire l'opération.* » Je prévins même mes internes de la possibilité d'une intervention urgente.

Le soir l'enfant semblait mieux, et je remis au lendemain dimanche la décision à prendre.

Le 23 mars de grand matin, j'étais auprès de cet enfant avec le Dr B...; il s'était produit un changement notable dans l'état de ce malade : il souffrait beaucoup moins, n'avait plus de température.

C'est alors que je me demandai si je n'avais pas fait *une erreur de diagnostic*. En cherchant dans les antécédents, j'appris que cet enfant, gros mangeur, avait eu quelques mois auparavant des crises de douleurs intestinales très violentes, sans aucune localisation, sans fièvre, sans vomissements, et qui s'étaient accompagnées de garde-robes muco-sanguinolentes sans matières fécales, et même d'une petite quantité de sang pur. Ces douleurs avaient persisté pendant une matinée, et cessé sans laisser aucune trace.

N'étions-nous pas en présence d'une semblable entérite muco-membraneuse?

J'étais rassuré sur l'issue de cette crise, et annonçai que je ne reviendrai voir l'enfant que s'il se produisait quelques phénomènes nouveaux.

Le 24, mon pronostic sembla se confimer; car l'enfant paraissait encore dans un bon état : il ne souffrait pas, quoique le ventre res-

(1) Permettez-moi de désigner notre collègue par une simple initiale, pour éviter que ce nom joint aux renseignements qui précèdent ou suivent ne tombe sous les yeux de la famille et ne ranime une cruelle douleur.

tât ballonné. Il n'y avait pas de fièvre ; le pouls était à 100, les urines suffisantes.

Le 25, c'est-à-dire le mardi, le ventre redevenait sensible ; le ballonnement persistait, et le pouls augmentait de fréquence.

Le 26, dans la nuit, l'enfant était repris de crises douloureuses, très violentes ; le facies se grippait, les extrémités étaient refroidies, le pouls était filiformes incompatible. Les urines devenaient rares. Le ventre était très ballonné, très sensible à la palpation d'une manière diffuse.

En mon absence, mon ami le Dr Brun est appelé, et il est d'avis que l'intervention est impossible, ou tout au moins trop aléatoire pour être tentée.

L'enfant vécut encore trois jours, momentanément amélioré, par des injections *sous-cutanées de sérum, de caféine*... Je passe sur les détails de la période terminale, qui seront consignés cependant dans le compte-rendu de nos bulletins (1).

En apprenant la mort de cet enfant, j'ai éprouvé comme chirurgien une réelle angoisse. Avais-je tenu la conduite que je devais? Non, messieurs, et quelque pénible que soit cet aveu, j'ai la conviction morale ferme que si dès le samedi matin j'avais opéré cet enfant, je l'aurais sauvé : je ne cherche aucune excuse, aucune circonstance atténuante; et cependant si. Pourquoi n'ai-je pas opéré cet enfant?

1° Parce que j'ai eu des hésitations diagnostiques. 2° Parce que après l'amélioration du dimanche, j'escomptais le refroidissement de cette appendicite suraiguë! 3° Parce que je me trouvais dans un milieu timoré, où l'idée d'une opération immédiate était acceptée avec beaucoup de crainte.

La seule conclusion à tirer de ce fait malheureux, c'est que en présence d'une appendicite suraiguë, dans l'ignorance absolue où nous sommes de savoir si une appendicite sera bénigue ou non, la seule conduite à tenir est l'intervention.

(1) *Le 27*. — Les vomissements bilieux ont persisté de loin en loin. Pas de selles. Même état de ventre. Sous l'influence du sérum à haute dose, l'état général s'est un peu amélioré, les urines sont moins rares. Le pouls toujours très fréquent (140) est plus fort. Pas de température.

Le 28. — Même état. Pas de température. Pouls 100 ou 90, facies grippé, grande faiblesse, mais les vomissements ont presque disparu. Il y a peu de douleurs. Il y a plutôt amélioration. Urines assez abondantes.

Le 29. — La matinée est meilleure; l'état général est plus satisfaisant, quoique le ballonnement soit le même. Mais dans l'après-midi, phénomènes de collapsus survenant très rapidement, état syncopal, pouls lent, avec intermittences nombreuses. Cyanose. Respiration suspirieuse. Amélioration passagère par le sérum et injections de strychnine et d'éther. Puis réapparition des accidents et après une période d'excitation, mort dans la nuit par collapsus.

Je fais appel à tous ceux de mes collègues qui ont observé de pareils faits, pour les prier de les apporter à cette tribune : la science y gagnera, et la chirurgie n'en deviendra que plus bienfaisante !

M. Quénu. — En matière d'appendicite il ne faut pas trop garder l'illusion de modifier beaucoup nos convictions réciproques; tous nous avons observé, suivi et opéré assez d'appendicites, lu ou écouté assez de communications pour avoir notre opinion faite. Cependant je persiste à croire que la question demeure mal posée entre l'interventionniste absolu et l'abstentionniste quand même, car je pense que réellement aucun des deux n'existe qu'en formule. Seules les formules sont absolues, notre pratique chirurgicale ne peut l'être. Dire comme les interventionnistes absolus : j'opère tous les cas d'appendicite dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures, c'est prétendre qu'on est en état de les diagnostiquer avec une complète certitude. Les chirurgiens avisés et sages, comme mon ami Segond, ont soin d'ajouter, en effet : opérez quand le diagnostic est certain.

Or, et c'est là la note sur laquelle j'avais insisté lors de notre discussion de 1899, nous sommes loin de pouvoir toujours établir cette certitude.

Je n'entends nullement revenir sur les erreurs possibles entre les cas moyens ou graves et les autres lésions du ventre; je veux m'en tenir aux cas légers qui sont innombrables, car si on observe les choses de près, rares sont les cas graves qui n'ont pas été précédés d'une petite crise ; or, je prétends que malgré tout ce qu'on a pu dire, le diagnostic d'un cas léger est loin d'être toujours facile.

Certains enfants, à propos du moindre trouble digestif, ont les traits tirés, mal au cœur ; on explore le ventre qui est un peu plus météorisé à droite, un peu plus douloureux de ce côté à la pression : il faut tenir compte de la plus grande sensibilité du cæcum dans les stases stercorales, de l'accentuation inconsciente des pressions là où les commémoratifs dirigent l'esprit de l'explorant, voire de l'état de suggestion des enfants d'un certain âge, dont les amis ou parents ont été opérés d'appendicite et qui sont plus au courant de la question qu'on ne le suppose. On établit un diagnostic sur des nuances, on fait un diagnostic non de certitude, mais de probabilité, devons-nous donc partir d'une probabilité pour proposer une laparotomie ? Que dire encore de ces cas où les symptômes fugaces n'ont duré que quelques minutes, et qu'on a par discrétion continué à désigner sous le nom de coliques appendiculaires ? Et pourtant, dans maints faits, c'est bien d'appendicites qu'il s'agit, car, comme dans une de nos observations, après six ou sept

crises dont la plus longue avait duré un quart d'heure, éclate une crise finale qui aboutit à la perforation.

Les partisans de l'opération à froid ont cet avantage, au point de vue diagnostique, de pouvoir tabler justement sur la répétition des attaques, si petites, si courtes soient-elles, et sur leur identique physionomie clinique, pour poser l'indication d'une intervention radicale. Je pourrais multiplier les exemples où un diagnostic est resté incertain entre un léger degré d'appendicite, une douleur ovarique, un point douloureux hystérique, etc. J'appelle encore l'attention sur une erreur possible, peu mentionnée, et que j'ai failli commettre il y a deux ans. En janvier 1900, j'étais appelé par M. le Dr Dumouly auprès d'une jeune fille de vingt-deux à vingt-trois ans en proie à une crise douloureuse avec vomissements, un peu d'altération des traits et douleur prédominante dans la fosse iliaque droite. Aucune fièvre, aucun ballonnement; douleur à la pression très nette au point de Mac-Burney avec un peu d'irradiation vers l'arcade de Falloppe; après avoir pensé à l'appendicite, j'éliminai ce diagnostic, en raison même de l'intensité des douleurs qui contrastant le bon état général me paraissaient plus cadrer avec l'hypothèse d'un point de névralgie ovarique qu'avec celle d'une appendicite, d'autant plus qu'il s'agissait d'une jeune fille très nerveuse; j'avais exploré les anneaux herniaires sans rien découvrir d'anormal; mais le lendemain; la malade prétendit que dans les trois ou quatre crises qui avaient précédé celle à laquelle j'assistais, elle avait parfois senti pendant une minute plus bas que le point douloureux une petite boule disparaissant ensuite. Au bout de deux ou trois jours tout rentra dans l'ordre; néanmoins nouvelle crise tout au début de laquelle d'après mes recommandations je suis appelé et je constate alors en effet l'existence d'une petite hernie crurale droite extrêmement douloureuse et facilement réductible.

Ainsi, sans aucun accident d'irréductibilité même passagère, l'engagement momentané d'une pointe de hernie crurale suffisait à provoquer chez cette jeune fille nerveuse, une crise de souffrances avec contracture douloureuse du droit et réflexes digestifs. Le bien fondé de cette interprétation fut démontré par les heureux résultats de la cure radicale herniaire.

En résumé, je m'élève contre la prétendue facilité du diagnostic des cas très légers d'appendicite.

Si vous êtes de mon avis et si vous les supprimez du cadre des justiciables d'une opération immédiate, nous aurons déjà opéré un rapprochement, d'autant plus facile d'ailleurs que la plupart de ces cas pratiquement vous échappent : ou vous n'êtes pas appelé et ne les voyez pas; ou bien appelé, vous hésitez

vraiment à proposer l'action, sûrs que votre proposition serait rejetée. Si maintenant je me tourne vers ceux qu'on appelle des abstentionnistes, je n'en vois guère parmi mes collègues qui, à l'heure qu'il est, resteraient inactifs en présence de formes à symptômes d'emblée inquiétants. La discussion se limite donc aux cas moyens, à ceux qui par la netteté des réactions primitives, douloureuses et gastriques, les constatations nettes des maximums douloureux, la contracture du droit, la légère poussée fébrile très précoce, sont d'emblée reconnus comme d'indiscutables cas d'appendicites aiguës.

Pour juger des résultats donnés par l'une ou l'autre méthode thérapeutique, il faudrait une commune mesure; elle est difficile à obtenir.

Mon collègue et ami Segond s'est élevé avec juste raison contre les statistiques massives. Sans compter qu'une même pratique chirurgicale est destinée à donner des résultats différents dans des mains différentes, il y a surtout une question de dissemblance des cas observés, les résultats tenant avant tout à l'heure où ils ont été observés.

Prenons chacun notre pratique personnelle : sur tant de cas d'appendicites, combien de fois avons-nous été appelés le premier jour, le deuxième ou le cinquième? Il ne faudrait comparer que les cas où le chirurgien a eu en mains son malade dès les premières heures et ceci aussi bien dans l'intérêt des interventionnistes que des autres. Deux exemples feront mieux comprendre ma pensée. En octobre 1900, un lundi soir, je fus appelé en consultation avec le professeur Dieulafoy à huit heures du soir, auprès d'une enfant en proie à une intoxication suraiguë abdominale; fièvre à 39°8; pouls à 140; agitation extrême, suppression des urines.

Le pronostic le plus sombre fut porté et l'opération faite moins de deux heures après; on constata une perforation de l'appendice. Une amélioration de vingt-quatre heures suivit l'opération, et la mort survint quarante-huit heures après. Or, voici quelle était l'histoire de cette enfant. Dans la nuit du samedi au dimanche elle avait été prise de phénomènes d'indigestion. Un médecin appelé le dimanche matin porta le diagnostic d'appendicite et institua un traitement judicieux. Le lendemain lundi matin, soit trente-six heures après le début, les symptômes douloureux existaient à peine et le pouls battait à 80. Mais à midi la sensibilité s'accentuait; à une heure, la famille s'inquiétait et téléphonait au médecin, lui demandait une consultation et des atermoiements divers nous conduisaient à huit heures du soir. Les interventionnistes auraient beau jeu pour en tirer une conclusion favorable à leur thèse.

Nous pouvons cependant leur répondre que la seule chose à incriminer en pareil cas est le mode d'organisation des soins ordinairement donnés aux malades, vice d'organisation qui tient à la timidité et du médecin qui craint d'effrayer ses clients et des clients qui craignent voir fatalement derrière le chirurgien l'acte chirurgical immédiat.

La vérité qu'il ne faut pas cesser de proclamer, c'est que tout début d'appendicite, léger ou non, comporte l'entrée en scène non fatalement de la chirurgie mais du chirurgien. A partir de cet instant il faut que le chirurgien ait ses aides présents, son matériel prêt, et qu'il puisse agir au premier appel, en moins de deux ou trois heures; c'est la conduite qu'il m'a été possible de tenir (et je tiens à opposer les deux exemples) en janvier dernier. Je suivais depuis sept à huit jours avec le Dr Sevestre un jeune homme âgé de seize ans et atteint d'une appendicite qui nous paraissait légère. M. Jalaguier consulté avait été comme nous partisan de l'abstention. Le huitième jour, un samedi matin, à neuf heures la crise paraissait terminée; il n'y avait ni empâtement de la fosse iliaque, ni contracture; aucune fièvre, un pouls lent à 50. A onze heures je reçus à l'hôpital par téléphone avis d'une réapparition brusque des douleurs. Je constatai à onze heures et demie que le malade était agité, que les douleurs existaient spontanées et en dehors de toute pression. Mon ami Jalaguier convoqué séance tenante fut d'avis comme moi d'intervenir. L'opération eut lieu à trois heures rue Oudinot; l'appendice n'était pas perforé, mais il n'y avait aucune défense, aucune péritonite locale; les coupes histologiques nous montrèrent qu'une ulcération avait creusé jusqu'au péritoine encore intact.

Je pense donc, en résumé, que si on est appelé le premier jour ou le deuxième jour auprès d'une appendicite légère, on peut faire de l'expectation, à la condition d'une surveillance rigoureuse et de la préparation d'une action prompte. Mais quels sont les signes qui détermineront l'action chirurgicale soit d'emblée, soit au cours d'une expectation?

J'estime que l'appendicite qui débute par de violentes douleurs continues, avec paroxymes fréquence du pouls et fièvre élevée persistante, mérite d'emblée l'intervention. J'en dirai autant de même de celles qui s'accompagnent de diarrhée, d'un certain état d'abattement, d'une teinte jaunâtre des téguments, de tous les signes, en un mot, qui accusent une toxhémie. L'analyse du sang pourrait compléter ces indications.

Je vous demande d'ajouter à ces indications déjà fournies par d'autres chirurgiens celle que je vous ai communiquée l'été dernier : la diffusion de la douleur à la pression, constatée dans les

premières vingt-quatre heures. Je vous ai lu une observation me paraissant démonstrative, où j'expliquais cette diffusion de la douleur par une extension rapide du poison soit dans les ganglious mésentériques, soit dans les lymphatiques qui remontent derrière le côlon ascendant. Je suis frappé de l'existence de ces douleurs diffuses et précoces dans l'observation que mon ami Marchant vient de nous lire.

Je puis aujourd'hui apporter une deuxième observation, dans laquelle j'ai diagnostiqué une appendicite gangréneuse avant même d'avoir vu la malade, et rien que sur la description exacte et détaillée du symptôme douleur, donnée par mon collègue Aviragnet. Voici le résumé de cette observation : Une enfant de sept à huit ans fut prise brusquement, le 4 juin dernier, un mercredi à la fin de la matinée, de douleurs abdominales et de vomissements.

Le jeudi matin, soit moins de vingt-quatre heures après le début, M. Aviragnet fut appelé, constata l'existence d'un maximum de douleurs à la pression, au point de Mac Burney, mais, et ce fait a de la valeur, parce que M. Aviragnet ne connaissait pas ma communication, il me nota dans sa description qu'il avait été surpris de constater que la douleur à la pression se prolongeait vers le transverse, atteignait et dépassait même la ligne médiane, empiétant sur le côté gauche. Le jeudi soir, la température montait à 40.

Le vendredi matin, la température était à 39,7, le pouls à 125.

Je vis l'enfant pour la première fois ce même vendredi 6 juin, à 3 heures ; le teint était plombé, les traits altérés ; aucune émission d'urine depuis le matin; tout annonçait une intoxication profonde.

J'opérai à 5 heures de l'après-midi chez les Augustines de la rue de la Santé, aidé par mon interne Rénon. L'ouverture du ventre donna issue à un flot de liquide sale; j'arrivai sur un appendice entièrement gangrené, fétide, et tellement distendu par les gaz (c'est la première fois que je voyais pareil phénomène) que mon assistant crut que j'avais affaire à un segment d'intestin grêle et non à l'appendice.

La distension des anses grêles m'empêcha de voir l'état des ganglions mésentériques, mais je pus en sentir un très tuméfié avec le doigt. Je nettoyai à sec la cavité pelvienne, y mis un gros drain jusqu'au fond et un autre drain vers le haut du ventre.

Le lendemain, l'état resta inquiétant, et le soir il survint deux vomissements noirs que l'examen microscopique démontra composés de sang altéré. Je tâchai d'obtenir l'asséchement constant des drains en aspirant, deux ou trois fois par jour, le liquide

infect qu'ils contenaient. Nous fûmes assez heureux pour voir cette enfant guérir, mais non sans peine.

Quels sont d'autre part les raisons qui au cours d'une appendicite légère nous pousseront à agir; nous sommes en présence d'une forme à réaction locale minime, sans empâtement, sans fièvre. Si la diète absolue et l'immobilité ne sont pas suivies rapidement d'une certaine sédation des symptômes, ou s'il existe un réveil brusque de ces symptômes, et particulièrement du symptôme douleur, nous sommes d'avis d'intervenir, parce que nous nous méfions d'un appendice qui reste douloureux, alors que la douleur ne trouve pas son explication dans la réaction locale, dans une péritonite localisée. Nous sommes en droit de supposer que cette prolongation des symptômes correspond à une évolution d'une ulcération appendiculaire et nous savons que ces formes deviennent aisément des plus graves, parce qu'aucune barrière ne s'est élevée d'avance contre la perforation.

Je tiens moins compte de la dissociation du pouls et de la température que beaucoup de mes collègues, parce que d'une part j'ai vu des appendicites graves avec pouls ralenti; j'ai opéré à Cochin et perdu un maçon dont l'état général grave justifiait l'intervention; il avait le ventre plein de pus, son pouls était à 72, sa température à 37°3. D'autre part, dans les cas où cette dissociation se produit, il est déjà tard pour agir; la dissociation indique que la diffusion des toxines a déjà impressionné les centres cardiaques; donc le signe me paraît médiocre non pas seulement parce qu'il est infidèle, mais parce que, lorsqu'il renseigne, il renseigne tard; ce qu'on peut dire, c'est qu'au cours d'une appendicite légère, tout signe d'aggravation, de recul, spécialement en l'absence d'une organisation de défense locale, doit sans hésitation entraîner l'intervention.

Je n'ai discuté les indications opératoires qu'en me plaçant dans des conditions spéciales, celles d'un chirurgien appelé dès le début auprès du malade. Tout a été dit sur les autres et je n'ai rien à ajouter de personnel sur l'indication d'ouvrir un abcès de la fosse iliaque, ou de surveiller un magma datant de cinq ou six jours en voie de résorption.

Je le répète en terminant, nous ne pourrons, sinon nous entendre, tout au moins nous comprendre, qu'en discutant sur des séries de cas similaires. Pour ma part, je me suis efforcé depuis 1899 de faire un tri parmi les cas justiciables ou d'une opération immédiate ou d'expectation. Je n'ai perdu tant à l'hôpital qu'en ville aucun malade qu'il m'ait été donné de diriger dès le début de sa crise; les quelques rares malades qui ont succombé m'ont été amenés dans un état grave et avec une histoire sympto-

matique telle que je ne me croirais autorisé à les porter au passif ni de l'une ni de l'autre méthode de traitement. Je conclus en rejetant toute systématisation thérapeutique et en disant qu'il est possible dans une certaine mesure de discerner les cas d'appendicite qui méritent une intervention immédiate. Je ne crois pas qu'on ait encore démontré qu'une règle absolue d'intervention entraîne moins de mortalité qu'une méthode éclectique.

M. E. Kirmisson. — Messieurs, dans la dernière séance, notre collègue M. Segond nous a conviés à une grande discussion sur le traitement de l'appendicite. Nous ne saurions trop l'en remercier. L'appendicite, en effet, est une maladie à marche si diverse et parfois si insidieuse qu'elle nous cause souvent de légitimes angoisses. Il est donc bon que chacun de nous vienne ici faire connaître complètement, loyalement les résultats de sa pratique, de façon que nous sachions dans quel sens l'expérience de chaque jour est venue modifier les opinions qui se sont fait jour dans les récentes discussions.

Deux opinions sont en présence. En matière d'appendicite, comme en politique, il y a des radicaux et des opportunistes.

L'opinion des radicaux est bien facile à formuler : « Opérer toujours et tout de suite. » Les opportunistes, au contraire, au nombre desquels je me range, n'opèrent que d'après des indications tirées, soit de l'état local, soit de l'état général.

Quelque talent que notre collègue Segond ait déployé dans son argumentation, il me permettra de lui dire que le fait qu'il a invoqué à l'appui de sa thèse ne prouve absolument rien, sinon qu'une erreur de diagnostic est toujours une chose fâcheuse, et parfois fatale au malade qui en est l'objet.

Le fait cité par M. Legueu a, au contraire, le mérite de bien poser la question. Voyant un enfant chez lequel le traitement médical a paru amener la sédation des accidents et qui, brusquement, présente des accidents de diffusion péritonéale terminés par la mort, notre collègue nous dit : Voyez combien la méthode est périlleuse ; avec l'ablation systématique de l'appendice dès le début de la crise, vous évitez toutes ces incertitudes et tous ces dangers.

A cette argumentation, les opportunistes pourraient répondre en citant des faits dans lesquels des malades opérés primitivement, et bien opérés, n'en ont pas moins succombé.

Non, Messieurs, ce n'est pas par des faits particuliers opposés les uns aux autres que l'on peut résoudre la question. Il faut pour cela des statistiques complètes, intégrales, comprenant la totalité des faits. Toute la question se résume, en somme, de la façon

suivante : Quelle est celle des deux méthodes, radicale ou opportuniste, qui procure le plus de guérisons?

Je vous apporte ici la statistique des cas d'appendicite traités dans mon service pendant ces deux dernières années, 1901 et 1902.

En 1901, les cas d'appendicite entrés dans mon service de l'hôpital Trousseau sont au nombre de 37.

Sur ce nombre, 19 malades ont été soumis au seul traitement médical, diète absolue, glace et opium, et ces 19 malades ont guéri.

Huit opérations pratiquées à froid nous ont donné 8 guérisons.

Dix malades ont été opérés à chaud ; 8 de ces malades étaient atteints de péritonite diffuse, et tous les 8 ont succombé ; les deux seuls malades qui ont guéri présentaient des abcès localisés.

Cette statistique se rapproche beaucoup de celle que je vous citais dans la discussion de 1899, et qui se rapportait à l'année 1898 ; elle comprenait 12 opérations pour péritonites généralisées, toutes terminées par la mort.

Cette année, l'appendicite s'est fait remarquer par une gravité toute particulière, qui se traduit à la fois par le nombre et par le chiffre de la mortalité. Nous comptons, en effet, pour les dix premiers mois de 1902, 50 cas d'appendicite.

De ce nombre, 16 cas n'ont pas été opérés, et tous les 16 se sont terminés par la guérison.

Six malades ont été opérés à froid, et tous les 6 ont guéri.

Vingt-huit malades ont été opérés à chaud ; 8 ont été opérés pour des abcès circonscrits ; 7 d'entre eux ont guéri, 1 seul est mort de broncho-pneumonie.

Vingt malades ont été opérés pour des péritonites diffuses ; 15 sont morts et 5 ont guéri.

En somme, cette statistique démontre la possibilité d'obtenir la guérison par le seul traitement médical dans un bon nombre de cas, puisque, en 1901, nous comptons 19 cas, et cette année 16 cas de cette nature. Mais elle démontre, en même temps, la terrible gravité de la péritonite diffuse, puisque, en 1901, nous voyions succomber tous nos opérés de cette catégorie au nombre de 8, et que, cette année, sur 20, nous n'en avons pu sauver que 5.

Dans quelle proportion aurions-nous pu sauver cette catégorie de malades, si nous les avions eus dès le début à notre disposition? C'est ce qu'il nous est impossible de préciser ; c'est ce à quoi doivent répondre les radicaux, partisans de l'opération dans tous les cas.

Il est deux circonstances qui me paraissent singulièrement augmenter la gravité du pronostic ; la première, c'est l'âge des petits

malades. L'appendicite m'a toujours paru beaucoup plus grave chez les enfants du premier âge, par exemple avant l'âge de cinq ans. La seconde circonstance qui intervient pour exagérer la gravité du pronostic, c'est l'emploi des purgatifs. La plupart des malades qui m'arrivent avec des péritonites généralisées, sont des enfants qui ont pris un ou plusieurs purgatifs. Les purgatifs exaltent la virulence du contenu appendiculaire ; ils favorisent la rupture de l'appendice, et la diffusion de la péritonite.

Il faut en effet, ne pas confondre un traitement médical rationnel avec l'absence absolue de traitement, bon nombre de malades ne gardant pas le repos, continuant à prendre des aliments, ou soumis, comme nous venons de le dire, à des purgatifs répétés.

Outre la possibilité de guérir l'appendicite aiguë, ce qui me rend opportuniste, c'est la gravité de l'intervention en certaines circonstances. Sans doute, si l'on pouvait intervenir toujours dès les premières heures, il est permis de croire que l'opération ne présenterait aucune difficulté, et n'aurait, dans la plupart des cas, pas de réelle gravité. Encore faut-il se souvenir que parfois l'infection existe dès le début, et qu'elle continuera son œuvre fatale, en dépit de la résection de l'appendice. Mais dans la pratique, il ne sera pas toujours possible d'intervenir dès les premières heures : tantôt ce sera la difficulté du diagnostic qui s'y opposera; tantôt pour des raisons diverses, le chirurgien n'aura pas été appelé à temps. Déjà des adhérences nombreuses se sont formées; si vous intervenez dans ces circonstances, vous ne rencontrez ni abcès localisé, ni péritonite diffuse, mais une masse d'adhérences reliant entre eux le cœcum, l'épiploon et la terminaison de l'intestin grêle, et masquant aux yeux l'appendice Qu'allez-vous faire? Allez-vous refermer la cavité abdominale? Mais alors à quoi bon avoir pratiqué la laparotomie? Je le répète; il n'y a ni abcès localisé, ni pus libre dans la cavité abdominale à évacuer. La seule chose possible, c'est la résection de l'appendice; pour y arriver, il faut absolument traverser ce magma d'adhérences dont je viens de parler. Or, vous travaillez là en pleins tissus infectés, et quelques précautions aseptiques que vous ayez prises pour la préparation des mains et des instruments, vous courez risque par cette dissection nécessairement un peu pénible au milieu des tissus infectés, de diffuser l'infection. Le remède n'est-il pas dès lors pire que le mal?

Cette dernière considération rapprochée des heureux résultats fournis par le traitement médical bien conduit, et de la bénignité presque absolue de l'intervention à froid, me rendent opportuniste en matière d'appendicite.

J'ajoute, messieurs, que je n'ai pas la fatuité de croire que je

puisse, par mes seules ressources, résoudre une question aussi délicate. Aussi ai-je habitude de tenir compte des opinions de mes collègues. Or quand je vois des hommes, comme Roux (de Lausanne) et Jalaguier nous apportant au congrès de 1900 le résultat de leur expérience, basée sur des centaines et des milliers de faits, se prononcer en faveur de l'expectation dans le traitement de l'appendicite aiguë, j'avoue que c'est pour moi une raison de plus d'adopter une règle de conduite que le raisonnement et l'expérience s'accordent à me démontrer comme étant la mieux fondée.

Un mot en terminant, sur le manuel opératoire : Il est bien évident que, dans les cas d'abcès circonscrit, je ne m'acharne pas à la poursuite de l'appendice; il fait partie des parois de l'abcès; son contenu, s'il se vide au dehors, tombera dans la poche purulente. Il n'est donc pas une menace pour la grande séreuse péritonéale. Quant aux petites fistules stercorales qui résultent de sa perforation pendant les jours suivants, je les ai toujours vues se fermer rapidement.

Il en va tout autrement dans la péritonite diffuse. Ici, je ne considère l'opération comme terminée qu'après avoir réséqué l'appendice, après avoir très complètement asséché et drainé toutes les collections purulentes intra-péritonéales. L'application de plus en plus rigoureuse de ces principes nous a permis d'obtenir des résultats plus satisfaisants, ou du moins, moins désastreux, puisque cette année, sur vingt péritonites diffuses, nous avons pu en guérir cinq, ce qui peut passer pour une proportion favorable.

Présentation de malade.

M. Dujarrier présente un malade auquel il a fait une *suture de l'humérus pour une pseudarthrose, avec les agrafes de M. Jacoël.*

Présentation d'instrument.

Seringue pour la Rachicocaïnisation.

M. A. Guinard. — J'ai publié ailleurs (1) la technique que j'emploie pour la rachicocaïnisation. Je vous présente l'instrumentation dont je me sers. Avec MM. Ravaut et Aubourg nous nous sommes arrêtés à une solution dont le point cryoscopique est à — 0,60 comme celui du liquide céphalo-rachidien, alors que le point cryoscopique de la solution aqueuse ordinaire de cocaïne

(1) *Presse médicale*, 5 nov. 1902 : Guinard, Ravaut et Aubourg.

est à — 0,15. C'est par tâtonnement et en ajoutant du chlorure de sodium que M. Ravaut est arrivé à cette formule :

Cette solution est conservée dans des ampoules stérilisées contenant environ un centimètre cube de liquide, c'est-à-dire quatre centigrammes de cocaïne, et pour injecter deux centigrammes de cocaïne, il faudra donc injecter un demi centimètre cube de cette solution dont voici la formule :

Chlorhydrate de cocaine. . . .	2 grammes.
Chlorure de sodium.	0,15 centigrammes.
Eau distillée.	50 grammes.

Je me suis servi 70 fois de cette solution et les résultats

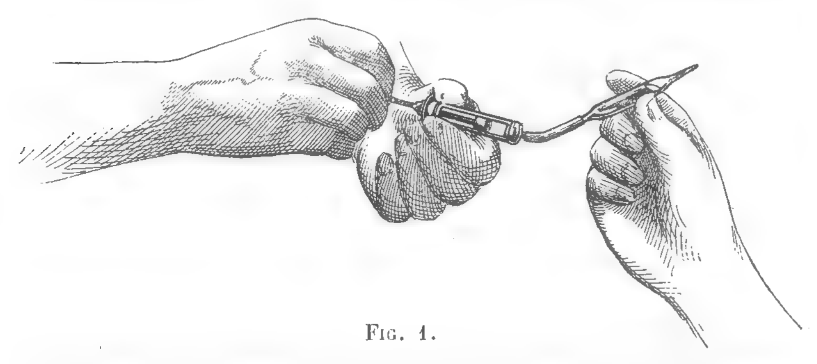


Fig. 1.

m'ont paru plus constants : cela tient sans doute à ce que le dosage de la cocaïne est plus précis, et sans doute aussi à ce que j'ai pu supprimer le compte-gouttes en opérant de la façon suivante :

On aspire tout le contenu de l'ampoule dans une seringue stérilisée de 3 centimètres cubes; puis, redressant verticalement la seringue pour qu'il n'y ait pas d'air, on chasse avec le piston le liquide jusqu'à ce qu'il n'en reste que le demi-centimètre cube à injecter; cela est facile en regardant les graduations de la tige. La ponction lombaire est faite alors et on laisse couler une dizaine de gouttes de liquide céphalo-rachidien, ce qui équivaut au volume de la solution à injecter. On ajuste la seringue sur l'aiguille et on aspire lentement le liquide qui vient remplir le corps de la seringue et se mélanger à la solution titrée. On refoule ensuite le tout lentement dans l'espace sous-arachnoïdo-pie-mérien.

Pour faire pénétrer le liquide de l'ampoule dans la seringue, le plus simple est de laisser au bout de la seringue un petit tube en caoutchouc qu'on a fait stériliser avec elle. On casse une des extrémités de l'ampoule et on introduit le moignon dans le bout libre du tube en caoutchouc : puis, on brise l'autre extrémité de l'ampoule et l'aspiration du piston fait aisément pénétrer le liquide dans le corps de pompe (fig. 1).

Dans le même but, j'ai fait construire par M. Collin une seringue spéciale munie d'un petit entonnoir métallique, tel que M. le Dr Danet m'en avait suggéré l'idée. On verse l'ampoule sur cet entonnoir pendant qu'on le vide en tirant sur le piston, tout en bouchant avec l'index l'extrémité de la seringue (fig. 2). Pour

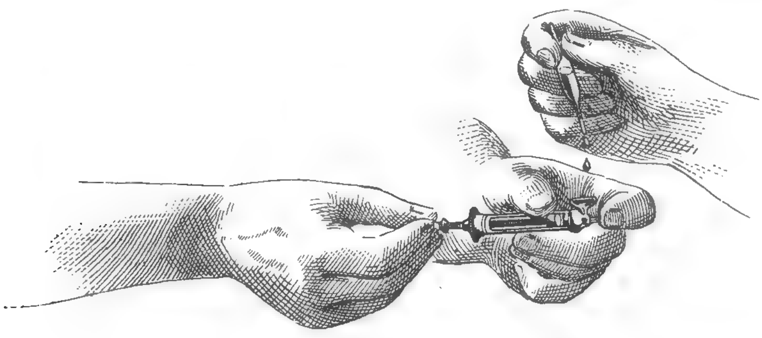


Fig. 2.

faire l'injection, il suffit d'appliquer hermétiquement la pulpe d'un doigt de la main gauche sur l'entonnoir pendant que la main droite agit sur le piston (fig. 3).

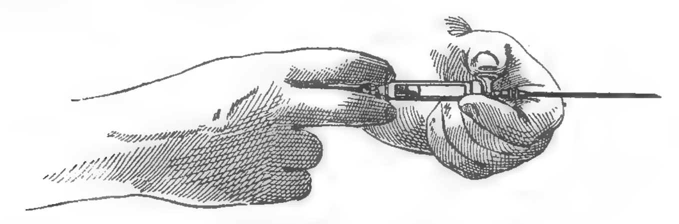


Fig. 3.

Avec cette seringue que je vous présente, on supprime le compte-gouttes et le récipient nécessités par la technique que j'avais préconisée pour les solutions concentrées de cocaïne.

C'est donc ainsi que je le dis plus haut une cause d'erreur qu'on évite à cause des variations de poids et de volume des gouttes au sortir des compte-gouttes irréguliérement calibrés.

Présentations de pièces.

Pseudo-hermaphrodite féminin.

M. Henri Hartmann. — Lorsque dans une de nos dernières séances notre collègue, M. Walther, nous a présenté un malade dont le sexe ne lui semblait pas nettement déterminé, j'ai émis l'idée que, malgré l'apparence complète de pénis hypospade que présentait le sujet en question, il s'agissait probablement d'une femme, le volume du pseudo-pénis ne me semblant pas une raison suffisante pour admettre le sexe masculin. Je pensais à ce moment à une de mes malades dont je vous présente actuellement la photographie prise en 1892, il y a dix ans.



Il s'agit d'une fillette de sept ans dont le clitoris a pris des dimensions exagérées, et que sa mère me conduit parce qu'elle s'adonne

depuis quelque temps d'une manière presque constante à la masturbation. Bien que l'enfant ne soit âgée que de sept ans, elle présente déjà, au-devant du pubis, une voussure notable constituant un véritable mont de Vénus; le système pileux est développé au niveau de ce mont de Vénus, des grandes lèvres, se prolongeant même en arrière sur les côtés de l'anus et même plus loin, sur la ligne anococcygienne.

La difformité est essentiellement constituée par une hypertrophie considérable du clitoris, qui à l'état de flaccidité a le volume du petit doigt, et qui à l'état d'érection atteint celui de l'annulaire. A l'état flaccide, ce clitoris d'une enfant de sept ans mesure sur la face dorsale 47 millimètres.

L'aspect est exactement celui d'un pénis d'enfant du sexe masculin du même âge, dont le prépuce serait ramené au niveau de la couronne du gland. Vu par sa face inférieure, ce pseudo-pénis présente une fente longitudinale donnant l'aspect d'une verge hypospade. Le capuchon de cet énorme clitoris constitue une sorte de prépuce, de même fendu sur sa paroi inférieure, et donnant l'aspect d'un frein fendu par son milieu, avec cette particularité que ce pseudo-frein s'élargit pour se continuer avec deux petites lèvres présentant à leur partie postérieure une disposition identique à celle de petites lèvres normales.

La gouttière, ainsi limitée sur la face inférieure du pseudo-pénis, a un aspect différent suivant le point considéré. A la face inférieure du gland, elle est sèche et un peu ridée; plus loin, entre les petites lèvres, elle a une apparence rosée, muqueuse, avec quelques orifices plus petits qu'une tête d'épingle et semblant correspondre à des orifices glandulaires obliquement dirigés en arrière.

A sa partie tout à fait postérieure, cette gouttière étalée se termine au niveau d'un méat urinaire ayant une apparence normale et surmontant un hymen d'apparence également normale. Le petit doigt, engagé doucement dans l'orifice de cet hymen falciforme, pénètre dans un vagin au fond duquel il sent un col utérin.

La partie postérieure de la vulve est normalement développée. Mais les grandes lèvres, au lieu de se rejoindre en avant du petit pénis que forme le clitoris, restent séparées par un intervalle de 1 centimètre et demi. A droite et à gauche, le pseudo-pénis est séparé des grandes lèvres par des fentes verticales en forme de sillon, qui tendent à se rejoindre supérieurement au-dessus du pénis sans cependant y arriver.

Par le toucher rectal combiné avec le palper abdominal, on sent parfaitement l'utérus dont le corps, au lieu d'être en anteflexion comme cela a toujours lieu chez l'enfant, se continue directement avec le col, l'ensemble de l'organe étant en légère rétroversion.

Sur la partie latérale interne du détroit supérieur, à droite, à peu près au niveau de l'articulation sacro-iliaque, on trouve un petit corps arrondi du volume d'un pois, que l'on fait rouler sous le doigt en déterminant une légère sensibilité à ce moment. En un point symétrique, à gauche, on trouve un corps analogue.

Aucune autre malformation sur le corps. A noter cependant que la lèvre supérieure est déjà couverte d'un léger duvet.

La consistance du clitoris est absolument celle d'un pénis d'enfant du même âge. Lorsqu'on le touche, il se produit des contractions du constricteur et des releveurs qui relèvent fortement le périnée vers le pubis.

Etant bien établi dès lors qu'il s'agit d'un enfant du sexe féminin et non d'un hypospade malgré les dimensions énormes du clitoris, je fais l'amputation de cet organe, pour arrêter la masturbation incessante à laquelle se livre l'enfant.

Dix ans plus tard, en février 1902, j'ai l'occasion de réexaminer cette enfant qui a atteint l'âge de dix-sept ans. Le développement général du corps s'est fait dans le sens masculin. Le thorax, les hanches rappellent ceux de l'homme. Le système pileux s'est développé au niveau des joues et du menton au point que la malade se rase. Elle travaille comme couturière, mène une vie régulière, et autant que nous pouvons le savoir, ne présente aucun appétit sexuel.

Le système pileux de la région vulvaire rappelle celui d'une femme. En écartant les poils, on constate qu'à leur partie antérieure les grandes lèvres s'écartent, laissant entre elles un espace au niveau duquel se trouve un petit cône rosé, oblique en haut et en avant, ayant à sa base le volume d'un pouce d'homme adulte, vestige du pseudo-pénis amputé dix ans auparavant.

Malgré l'apparence masculine générale du corps, il s'agit bien d'une femme. On peut au-dessous du méat uréthral, introduire à travers l'orifice hyménéal un petit spéculum de vierge, et voir au fond d'un vagin long de 10 centimètres, un petit col utérin dont l'orifice est rempli par un bouchon de mucus glaireux, et dans lequel s'engage une fine bougie uréthrale à une profondeur de 4 centimètres et demi.

La malade n'a jamais eu de règles; mais depuis un an, elle éprouve périodiquement, chaque mois pendant deux à trois jours, des douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant dans les fosses iliaques et un peu plus marquées du côté gauche que du côté droit.

Grossesse tubaire suppurée. Laparotomie (1).

M. Bazy présente un fœtus de trois mois environ contenu dans une trompe suppurée.

Angèle B..., femme C..., trente-quatre ans.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte d'une tumeur gastro-hépatique. Elle n'a eu qu'un enfant (la malade). Pas de fausse couche.

(1) Observations prises par M. Falleur, externe des hôpitaux.

Antécédents personnels. — Fièvre muqueuse à quatorze ans. Pleurésie à quinze ans. Réglée à treize ans, toujours régulièrement. Mariée à dix-neuf ans, n'a jamais eu ni enfant ni fausse couche.

Il y a cinq ans, la malade a eu pendant un mois des pertes blanches qui ont cédé aux injections de sublimé. Deux ans après, nouvelles pertes blanches beaucoup plus abondantes. La malade souffrait dans le bas-ventre, et surtout du côté gauche. Envies fréquentes d'uriner, sensation de brûlure à la miction, urines tenant en suspension du pus. Obligation de garder le lit pendant un mois. Traitement par des injections au sublimé.

Depuis le mois de juin 1901, la malade ne souffrait plus, elle était toujours bien réglée; le 15 janvier, elle fut indisposée, puis ses règles n'ont pas réapparu. A partir de ce moment-là, elle ressentit des picotements partout, principalement dans le bas-ventre; elle avait à chaque instant des haut-le-cœur, et du dégoût pour la viande.

Le 1er avril, sans cause apparente, elle ressentit des élancements épouvantables du côté gauche; la malade eut la sensation d'une déchirure dans le ventre. Cette crise dura deux heures, et lui revint le lendemain à la même heure, puis elle ne réapparut pas pendant deux ou trois jours, pour se reproduire encore une fois; après quoi la malade fut quinze jours sans rien ressentir. A la suite d'une nouvelle crise, plus forte que toutes les précédentes, le médecin fit faire des applications de glace sur le ventre : une péritonite se déclara alors; le ventre était ballonné, la malade eut des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Cet état a duré trois semaines environ, et de l'amélioration s'est produite à la suite d'applications de compresses chaudes sur le ventre, qui ont amené une grande débâcle intestinale. Quelques jours après, à la suite d'une infection vaginale, il est sorti un paquet de membranes avec quelques caillots. A partir de ce moment-là, il y eut une grande amélioration dans son état.

Les règles ont réapparu en août.

20 *octobre*. La malade ne peut marcher que très difficilement et courbée en deux.

Etat actuel. — Utérus en anterversion physiologique, peu mobile, non augmenté de volume; du côté gauche et en arrière tumeur résistante, élastique, du volume d'une petite orange, accolée à l'utérus avec lequel elle semble faire corps, douloureuse à la pression.

A droite, on ne constate pas de tuméfaction.

4 novembre. Intervention — Incision médiane de 15 centimètres environ. L'abdomen ouvert, on voit l'épiploon adhérent à la symphise du pubis et à la vessie, qui adhère elle-même à la face anté-

rieure de l'utérus. Ces adhérences sont détachées et on voit sur le bord supérieur de l'utérus une masse irrégulière, bosselée, du volume d'un marron, blanc jaunâtre par places, de couleur rouge noirâtre à la partie supérieure. A cette masse adhère l'extrémité libre de l'appendice, qu'on résèque suivant le mode habituel (ligature, section au thermocautère, enfouissement du moignon appendiculaire).

Continuant l'investigation, on voit du côté gauche une masse bosselée, gris jaunâtre, du volume d'une grosse mandarine. On la détache avec précaution des adhérences voisines; mais malgré tout le soin qu'on prend, elle se rompt et il s'en échappe du pus jaune verdâtre très épais. Ce pus est contenu dans la trompe, car l'ovaire est sain. Ablation de l'ovaire et de la trompe de ce côté.

On enlève ensuite la masse bosselée suppurée qui se trouve à la partie supérieure de l'utérus, et qui paraît constituée par des fausses membranes remplies de sang et de pus.

La trompe du côté droit est repliée sur elle-même. A l'insertion de la trompe sur l'utérus, on trouve une masse fibromateuse du volume d'une grosse noisette. On l'énuclée facilement. La trompe du côté droit est enlevée, l'ovaire est laissé en place.

On met un drain dans la cavité abdominale et on suture par trois plans.

Description de la pièce. — La masse suppurée paraît être comme appendue à l'extrémité de la trompe, au voisinage du pavillon, ce qui appelle immédiatement l'attention sur les antécédents qui avaient fait penser à une grossesse extra-utérine.

En effet, la masse est à peine incisée qu'il s'en échappe un fœtus dont la tête a le volume d'une tête d'oiseau. La longueur du tronc et de la tête est de 0,06, les membres inférieurs ont environ 2 centimètres et demi; ce qui donne au fœtus une longueur totale de 8 à 9 centimètres.

Ce fœtus est jaunâtre et macéré (1).

Fibrome naso-pharyngien extirpé par la voie rétro-palatine.

M. Pierre Sebileau. — Voici un fibrome naso-pharyngien que j'ai extirpé jeudi dernier par la voie rétro-palatine. Je l'ai arraché. Il pesait, vide de sang, 45 grammes.

(1) Le 9 nov. — La malade est en bonne voie de guérison et peut même être considérée comme guérie.

Sa texture apparente, son mode d'insertion, son volume, son cantonnement dans le cavum, lui donnent la plus grande ressemblance avec la tumeur que vous a présentée M. Chavasse dans la séance du 15 octobre et dont je vous disais qu'elle constituait, au point de vue opératoire, la tumeur idéale du nasopharynx. Elle en diffère cependant, en ce que, chez mon malade, c'est d'une récidive qu'il s'agissait. Je dois, il est vrai, ajouter que la première opération (pratiquée par les D[rs] P... et C...), fut certainement incomplète), ainsi qu'en témoigne ce fait que jamais les signes d'obstruction nasale ne disparurent et même qu'ils furent, un mois après l'intervention chirurgicale, plus marqués qu'ils n'avaient été jusqu'alors.

Mon patient est un jeune homme de dix-sept ans; il y a trois ans que les premiers troubles de la respiration nasale ont éveillé son attention, et un an qu'il a été opéré.

A plusieurs reprises, depuis quelques mois, il a souffert d'épistaxis assez abondantes; mais il n'eut jamais qu'une hémorragie grave. Il dort la bouche ouverte et ronfle.

Par l'exploration digitale, le cavum apparaît rempli par une masse dure, rénitente, lobulée, plus large en bas qu'en haut, étalée sur la face supérieure du voile palatin. Entre elle et les parois pharyngées, l'on peut, déplaçant un peu la tumeur, glisser le doigt, le long des gouttières latérales, à gauche particulièrement, et remonter ainsi jusqu'à la voûte du pharynx, où le néoplasme s'implante sur la surface basilaire, derrière le vomer, et aussi, semble-t-il, plus en avant, sur la partie supérieure de la cloison elle-même.

La rhinoscopie antérieure montre, dans les deux fosses nasales remplies de muco-pus, deux prolongements qui s'avancent légèrement des chaones vers le vestibule; le prolongement gauche est moins volumineux que le droit; l'un et l'autre se laissent mobiliser, refouler, par le stylet.

Par la rhinoscopie postérieure, on aperçoit, remplissant le cavum, tout en laissant partiellement libres les gouttières latérales du pharynx, une tumeur blanc rosé, non ulcérée.

Le malade qui est un peu pâle, sans appétit, a de la fièvre tous les soirs; tous les viscères cependant paraissent sains. Je diffère tout d'abord l'opération, mais la fétidité de l'haleine et des sécrétions nasales me fait penser que la source d'infection réside dans le néoplasme. J'en décide donc l'extirpation.

Le malade est anesthésié par le chloroforme et, le plan incliné ne paraissant pas lui réussir, placé dans la position de Rose. Une sonde en gomme, n° 18, est glissée par le nez (côté gauche) dans la bouche, franchissant, non sans quelque difficulté, la choane, et

sert de conducteur à un tube de caoutchouc qui, maintenu par une pince hémostatique en état d'élasticité non satisfaite, ramène le voile du palais en avant.

Avec la rugine latérale d'Escat glissée sur le dos du fibrome, je détache quelques adhérences postérieures insignifiantes. Puis avec la pince du même, profondément enfoncée, mors ouverts, par derrière la tumeur jusqu'à la voûte pharyngée, je saisis la base d'implantation et, par un énergique mouvement de torsion, j'arrache, dans une deuxième prise (la première ayant manqué), le fibrome qui vient tout entier, avec une perte de sang peu considérable (150 grammes environ) entraînant avec lui, sur sa face d'insertion basilaire, quelques parcelles osseuse, et aussi un petit fragment du bord postérieur du vomer sur lequel il était attaché

Le voici : C'est une tumeur bilobée, de consistance ferme, de couleur rosée. Elle est large par sa base qui reposait sur le voile, plus étroite vers son extrémité supérieure qui s'attachait sur la voûte du rhino-pharynx par deux insertions : l'une, sessile et large, sur l'apophyse basilaire, l'autre, pédiculée et grêle, sur le segment supérieur du bord postérieur de la cloison.

La face postérieure de la tumeur est arrondie.

La face antérieure est creusée d'un fossé profond, correspondant au vomer qui s'y est comme enfoncé. Ce sont les berges de ce fossé qui, pénétrant par les choanes, formaient les deux prolongements nasaux.

Sur la face inférieure apparaissent deux petites escarres : par elles s'expliquent la fétidité de l'haleine et la fièvre constatées sur le malade avant l'opération.

Si j'ai tenu à donner quelques détails sur ce cas simple et cette opération facile, c'est pour avoir un prétexte à répéter ce que je disais dans une de nos dernières séances, en réponse à une présentation de M. Chavasse, qui m'avait paru juger un peu tendrement les fibromes naso-pharyngiens : à savoir qu'il faut bien se garder de conclure du particulier au général, de ranger tous les fibromes du naso-pharynx dans une même catégorie, d'appliquer à tous le même pronostic, de les croire tous justiciables d'une éradication rétropalatine facile, rapide, bénigne, exsangue comme celle que je viens de décrire et de mettre un excès de confiance dans cette opération qui, sous les plus bénignes apparences, peut, dans certains cas, revêtir la gravité d'une grosse intervention chirurgicale.

M. Potherat. — Je tiens à appuyer sur les conclusions de mon collègue et ami Sébileau, car je partage absolument sa manière de voir.

J'ai opéré sept fois des polypes naso-pharyngiens. Sept fois j'ai opéré par la voie bucco-pharyngienne ; deux fois par le procédé et avec les instruments d'Escat. L'opération peut être assurément menée à bien, même avec de gros polypes, par la voie bucco-pharyngée, et j'ai toujours pu la mener à bien. Mais, si dans six de mes interventions, l'hémorragie a été d'abondance variable, souvent très notable, mais jamais inquiétante, une fois, au moins, l'hémorragie a été extrêmement abondante, telle même que je me demande comment j'ai pu en triompher avec succès. Je dus avec l'assistance de mes aides faire près de cinq heures de compression digitale. Donc de ce que une fois, deux fois, six fois même, il y a eu une hémorragie peu inquiétante, il serait erroné et fâcheux de conclure, que avec la méthode d'Escat même, il n'y aura jamais d'accidents hémorragiques.

M. Chavasse. — Je répondrai à M. Sébileau que je me suis bien gardé de prétendre que les ablations de polypes naso-pharyngiens par la voie rétro-palatine fussent toujours simples. Je me suis borné à dire que le cas auquel j'avais eu affaire m'avait paru simple. Du reste, il s'agissait d'une présentation de pièce et je n'ai eu nullement l'intention de m'occuper d'une manière générale des procédés opératoires à mettre en usage contre ces tumeurs.

M. Pierre Sebileau. — Ce n'est pas précisément du cas de M. Chavasse que je veux parler. J'entends seulement répondre à cette partie de la communication de notre collègue où il a dit que, se trouvant en présence d'un fibrome naso-pharyngien à prolongements multiples, il procéderait d'abord à l'éradication extemporanée de la masse rhino-pharyngienne pour s'attaquer ensuite, par telles méthodes que commanderait leur situation, aux différents prolongements faciaux. Or, c'est précisément ici que l'opération devient grave et que l'hémorragie survient. Dès qu'il faut morceler, le danger apparaît, et c'est ce qu'il faut répéter à ceux qui, dans l'inexpérience des choses, pourraient être tentés de superposer tous les cas.

M. Potherat. — Contrairement à ce que pense mon ami Sebileau, mon malade a été opéré *non pas partiellement*, mais bien et dûment *en totalité*, comme l'examen rhinoscopique postérieur l'a démontré.

M. Chavasse. — Des interventions semblables à celles auxquelles j'ai fait allusion ont été pratiquées par MM. Isch-Wall et Chibret

qui les ont communiquées aux congrès de chirurgie de 1897 et 1898.

M. Pierre Sebileau. — Je ne l'ignore pas et j'ai moi-même pratiqué l'opération dont parle M. Chavasse; c'est précisément pour cela que je la redoute, malgré un succès qu'elle m'a récemment donné.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. Brun offre à la Société de chirurgie, de la part de MM. Landouzy et Jayle, le *Glossaire médical* qu'ils viennent de publier.

M. le Président remercie MM. Landouzy et Jayle, au nom de la Société.

M. Kirmisson dépose sur le bureau une série de brochures du professeur Jahn Berg (de Stockholm), à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

M. Albarran dépose sur le bureau un travail de M. Vanverts (de Lille), intitulé : *Abcès périrénal ouvert dans le bassinet.* — Le travail de M. Vanverts est renvoyé à une commission dont M. Albarran est nommé rapporteur.

MM. Mally et Richon adressent à la Société un tiré à part de leur travail sur les *Fractures de Dupuytren*, à l'appui de leur candidature au prix Ricord.

M. E. Potherat. — J'ai reçu de M. le Dr Borel, directeur-adjoint du lazaret de Camaran, dans la mer Rouge, une lettre ayant trait à une communication que nous a faite M. le Dr Matsoukis, d'une observation de calcul vésical traité par la taille avec succès, observation que je vous ai rapportée ici avant les vacances (Bulletin, n° 27).

M. le Dr Borel proteste contre trois points principaux de la communication du Dr Matsoukis, reproduits dans mon rapport.

1° Les solutions employées dans les opérations chirurgicales ne peuvent être d'une « aseptie douteuse »; car on ne fait usage au lazaret de Camaran que d'eau distillée *in situ* à l'aide d'une machine donnant 60 tonnes par vingt-quatre heures; et, d'autre part, il existe au lazaret un autoclave et quatre étuves à désinfection.

2° Les objets de pansement ne sont pas « primitifs », car il existe tout un matériel à pansement fourni par la France.

3° Enfin l'installation n'est pas tout à fait « élémentaire ». Car les opérations se font au rez-de-chaussée de la pharmacie, dans une pièce éclairée par trois grandes baies, et sur une table en bois, il est vrai, mais faite spécialement pour les opérations.

M. Borel reconnaît toutefois que le lazaret n'étant ni une maison chirurgicale ni même un établissement hospitalier, n'a comme arsenal chirurgical que ce qui est « nécessaire pour la chirurgie d'urgence. »

Je vous prie de donner au Dr Borel acte de ses protestations.

A l'occasion du procès-verbal.

Discussion sur l'appendicite.

M. Reclus. — Sans être grand prophète, on peut affirmer que la discussion actuelle ne modifiera l'opinion d'aucun des membres de la Société. Chacune « des deux écoles », en effet, met en ligne des arguments de premier ordre, et le malheur est de ne pouvoir cumuler les avantages très réels de l'intervention immédiate avec les avantages incontestables de l'intervention retardée. Mais un vieux proverbe nous dit qu'on ne saurait à la fois sonner la cloche et suivre la procession.

L'intervention immédiate a pour elle la simplicité de sa doctrine et l'apparente rigueur de sa formule. Une appendicite se présente, on l'opère sur l'heure ; c'est catégorique, c'est clair, et l'on a pas à discuter de subtiles indications cliniques. Et cette

pratique a deux avantages : le premier, de moindre importance, mais qui ne manque pas cependant de valeur, c'est qu'on évite cette sorte de cruauté qu'il y a à guérir un malade, puis lorsqu'il entre en convalescence et voudrait enfin jouir de sa santé, on remet tout en question et on lui ouvre le ventre. Le second, celui-là de premier ordre et d'un poids tel qu'il m'a retenu plusieurs années dans le camp des interventionistes immédiats, c'est que nous ne pouvons pas toujours prédire la marche d'une appendicite, et telle inflammation d'allure bénigne peut s'agraver soudain et emporter un malade qu'une opération précoce aurait guéri.

C'est ici l'argument capital, celui qui revient dans la discussion actuelle et auquel les observations de Legueu et de Gérard Marchant ont donné un saisissant relief. Je n'ajouterai pas l'observation de mon ami Paul Segond. Celle-ci ne me paraît pas prouver grand'chose, si ce n'est qu'on peut mourir d'une appendicite, même assez précocement opérée. M. Segond nous dit qu'il n'a jamais perdu de malades opérés dans les quarante-huit premières heures ; celle-là le fut à la cinquantième. Est-elle morte de ces deux heures de retard ? Je le veux bien. Mais je voudrais savoir le nombre des observations de notre Collègue et la gravité des accidents du début. En tout cas, il me semblerait excessif d'en conclure « qu'on ne meurt jamais d'une appendicite opérée à temps » ; ce serait faire peser sur les épaules du médecin et du chirurgien une lourde et une injuste responsabilité. Il y a des appendicites qui, du premier coup, frappent à mort : l'opération la plus précoce et la mieux conduite ne peut rien tant est grande la virulence des germes, ou tant est précaire la défense de l'organisme.

Quoi qu'il en soit, les observations de Gérard Marchant et de Legueu persistent et avec celles-là quelques autres du même genre qu'on a ou qu'on n'a pas publiées. Aussi ferai-je une première concession à la doctrine, et je dirai que si nous avons la chance, la rare chance d'être appelés aux tout premiers débuts d'une appendicite franche, à diagnostic certain, je crois qu'il n'y a pas à hésiter et qu'il faut opérer sur l'heure, car à ce moment, à cet unique moment, on peut couper court aux catastrophes possibles sans avoir à lutter contre les dangers ou les inconvénients sur lesquels un très grand nombre d'entre nous insistent à juste titre.

Il est une autre série de cas où notre conduite se confond avec celle des interventionnistes immédiats et nous opérons sur l'heure toute appendicite à forme grave ou à marche anormale. Toutes les fois que la péritonite se généralise et toutes les fois que certains signes sur lesquels nous avons d'autant moins à revenir que M. Quénu y a insisté dans la précédente séance, toutes

les fois, dis-je, que certains signes permettent de craindre un retour offensif du mal, nous opérons et chacun de nous pratique la formule connue : dans le doute, ne nous abstenons pas. Aussi sommes-nous pris de quelque impatience lorsqu'à l'Académie ou ici, on semble apporter contre nous, contre les temporisateurs éventuels, des observations qui prouvent les bienfaits de l'opération précoce, nous n'aurions qu'une réponse à faire, et nous la faisons : mais nous aussi nous opérons ces cas-là ! Quel est celui d'entre nous qui ne se serait hâté d'intervenir chez la malade de M. Segond ?

Il est encore un autre groupe de faits où la nécessité maintient l'accord entre les interventionnistes précoces et les temporisateurs éventuels. Nous opérons, disent les premiers, dès que le diagnostic est établi ; mais ce diagnostic est souvent fort délicat puisqu'on peut confondre l'appendicite avec toutes les affections abdominales, — sans compter l'hystérie, — depuis la simple indigestion jusqu'à l'obstruction, en passant par les coliques et les colites, la tuberculose et le cancer. Cette difficulté du diagnostic fait souvent un temporisateur d'un interventionniste. Et, en fin de compte, la dvergence n'éclate entre les premiers et les seconds que lorsqu'il s'agit des appendicites aiguës, de moyenne intensité, et dont le fracas de la première heure a déjà cédé, le plus souvent, lorsque le médecin nous appelle.

J'ai dit appendicite aiguë et non suppurée parce que je crois le diagnostic à peu près impossible. M. Routier disait dans la dernière séance que la palpation ne donne que des renseignements incomplets et que c'est sur la contracture des muscles antérieurs que buttent les mains qui explorent la fosse iliaque ; je ne suis pas tout à fait de son avis et je crois qu'il faut spécifier trois sensations distinctes : une première, vive surtout les premiers jours et qui est due, en effet, à la contracture des muscles de la paroi ; mais avec de la patience et de la douceur, par une pression méthodique et à la fin d'une grande expiration, on perçoit une seconde résistance, celle du foyer inflammatoire dont on peut même délimiter les contours. Enfin, quand ce foyer inflammatoire adhère à la paroi abdominale qu'il infiltre, on a une troisième variété de résistance bien différente de celle des muscles contracturés, et c'est le fameux plastron.

J'en reviens à la suppuration. Plusieurs de nos collègues nous disent qu'ils interviennent toujours dans les appendicites suppurées. Je crois qu'ils se trompent et qu'ils laissent refroidir et se résorber bien des collections purulentes. Du temps que j'intervenais toujours et tout de suite dès que mon diagnostic était formé, j'ai opéré de ces appendicites dites plastiques, de celles qui, vers

le cinquième ou le sixième jour, tournent court : les vomissements ont cessé, la fièvre tombe, le pouls est régulier, la douleur s'atténue et le foyer inflammatoire regresse. Eh bien, dans ces cas que nous pourrions citer comme le type des inflammations que nous laissons refroidir, j'ai trouvé du pus autour de l'appendice. Que de fois, du reste, dans ces opérations retardées, n'avons-nous pas constaté, à la fin de la cinquième ou sixième semaine, de petits abcès, vestiges de collections incomplètement résorbées?

Les lésions de l'appendice me paraissent n'avoir qu'une importance relativement secondaire ; un appendice suppuré, un appendice perforé, un appendice gangrené peuvent évoluer sans grand fracas et sans faire courir de danger à l'organisme, si le péritoine réagit bien, et s'il isole rapidement les exsudats par des adhérences protectrices. Certainement ce pus, cette perforation, cette gangrène sont la preuve d'une virulence excessive qui devrait sidérer la séreuse et empêcher l'enkystement. Mais il n'en est pas fatalement ainsi : des adhérences antérieures ont protégé le péritoine, et l'on peut trouver des appendices décapités, amputés, gangrenés dans de vieux foyers refroidis ; les élèves de Roux (de Lausanne) en ont publié, il y a longtemps, des observations indiscutables. Aussi a-t-on pu dire que dans l'appendicite, l'appendice est peu de chose, et le péritoine presque tout.

Donc, ce qui nous guide en clinique, ce n'est pas l'état local, les lésions appendiculaires que nous soupçonnons difficilement, mais l'état général, et j'en reviens à mon point de départ : Pour les appendicites aiguës de moyenne intensité et de marche mormale, l'accord cesse, et beaucoup d'entre nous pensent qu'il vaut mieux, au lieu d'intervenir de suite, laisser refroidir le foyer ; certes, ils n'ignorent pas l'argument de la catastrophe soudaine, mais ils trouvent que cet argument, on l'enfle outre mesure, qu'on lui donne un coefficientexagéré, et qu'on commet cette faute clinique de se priver, par crainte d'un accident extrêmement rare, des avantages de l'opération à froid.

Et d'abord, l'opération retardée est moins grave. Nombre de collègues contestent cette assertion et, pour ma part, je leur concède que l'intervention est sans danger lorsqu'elle se borne à l'ouverture de l'abcès ou des abcès péri-appendiculaires, et à la recherche modérée de l'appendice que l'on abandonne dans le foyer lorsqu'il est perdu au milieu du pus, des adhérences et des coulées de lymphe plastique. J'ai, dans les premières années, pratiqué bien souvent ce genre d'intervention prudente, et je n'ai pas souvenir d'un seul cas où l'acte opératoire ait paru nuire à l'opéré. Mais il n'en est plus ainsi lorsqu'on poursuit quand même l'ablation de l'appendice ; cette recherche est semée

d'écueils, d'autant que certains de nos collègues, et non des moindres, la compliquent encore, et exigent non seulement qu'on extirpe l'appendice, mais qu'on aille, par des décollements nouveaux, à la recherche d'abcès éventuels possibles, mais en définitive rares, du côté du rectum et du côté du foie ; d'autant que dans ces manœuvres on peut perforer le cæcum, dont les parois sont ramollies, et j'ai vu cet accident survenir dans des mains habiles et prudentes. Messieurs, de tels délabrements sont dangereux. M. Broca, du reste, a étudié ce point; il est inscrit pour la discussion et voudra sans doute nous éclairer.

Donc, si l'on enlève systématiquement l'appendice, l'opération est grave; elle cesse de l'être si on abandonne l'organe dans la plaie, mais d'autres inconvénients surgissent, des fistules stercorales ou simplement purulentes qui peuvent guérir, mais aussi persister, et j'en observe un cas actuellement. Et puis les récidives ne sont pas exceptionnelles : l'appendice existe encore et peut démontrer sa persistance par une crise nouvelle qui remettra tout en question. Enfin on a laissé le foyer inflammatoire ouvert, on l'a drainé; un tissu de cicatrice à résistance précaire remplacera la paroi abdominale et l'éventration en sera la conséquence fréquente. — Opération moins grave, certitude d'enlever l'appendice et d'éviter les ruptures du cæcum, les fistules, les récidives, les éventrations sont des avantages qui ne sont pas négligeables, et qui me paraissent compenser la grave, mais infiniment rare catastrophe due à une agravation imprévue et subite d'une appendicite à marche jusque-là bénigne.

Aussi, Messieurs, dirai-je pour conclure : les divergences entre les interventionnistes immédiats et les temporisateurs éventuels sont beaucoup moins grandes qu'on ne semble le dire ; le désaccord n'existe que sur un point, et, sur ce point, je me range, pour les raisons précédentes, dans le camp des temporisateurs éventuels.

M. Nélaton. — J'ai demandé la parole pour défendre l'opinion émise par M. Quénu qu'une formule générale n'est pas applicable au traitement de l'appendicite aiguë, ou pour mieux dire au traitement des appendicites aiguës *graves*.

Il est bien évident, en effet, qu'il faut laisser de côté ces crises d'appendicite qui, bien qu'accompagnées de vomissements, de fièvre et de quelques douleurs abdominales, n'ont qu'une durée éphémère et dont les symptômes retrocèdent dès les premiers jours, quelquefois même dès les premières heures.

La très grande majorité d'entre nous, je crois, ne songera pas un instant à intervenir d'urgence dans ces cas, vraiment difficiles quelquefois à séparer de l'indigestion.

La véritable difficulté commence avec les crises aiguës plus importantes, dans lesquelles les symptômes sont plus accusés et qui, loin de rétrocéder vers le deuxième jour paraissent augmenter ou rester stationnaires. Dans ces crises, dont la grande majorité aboutit à la guérison par l'expectation, quels sont les symptômes qui nous feront prévoir la crise mauvaise et qui nous décideront à intervenir immédiatement? Voilà, à mon sens, où réside toute la question.

Pour mon compte personnel, il y a deux symptômes qui me paraissent commander l'intervention immédiate :

Le premier est l'altération rapide des traits de la face, coïncidant ou non avec une élévation de température, coïncidant ou non avec une dissociation du pouls et de la température; entre parenthèses, ce dernier signe m'a paru bien infidèle et je crois qu'en le prenant comme base d'une détermination, on laissera souvent passer le moment opportun.

L'altération des traits de la face m'a toujours, au contraire, vivement frappé, et il m'est arrivé trois fois au moins, en intervenant dès sa constatation, c'est-à-dire au deuxième et au troisième jour du début des symptômes, de guérir des malades atteints de péritonites diffuses. Dans les cas similaires où je ne suis pas intervenu, je l'ai toujours vu précéder l'issue fatale.

Un deuxième signe qui me paraît avoir une importance capitale pour nous déterminer à une intervention immédiate est l'acuité et la durée (12 heures environ) de la douleur par laquelle débute la crise.

M. Quénu a insisté, je crois, avec une grande raison sur la valeur de ce signe, mais il nous parle spécialement d'une douleur généralisée. Je ne l'ai pas vu, moi, généralisée ; mais, généralisée ou non, cette douleur atroce qui simule la douleur de la colique hépatique me semble avoir une importance considérable.

Voici les faits sur lesquels je base mon appréciation.

Le premier a trait à un homme d'une quarantaine d'années, paysan robuste, que je voyais à la campagne dans un endroit où la malpropreté règne en maîtresse et contre-indique toute intervention. Lorsque je vis cet homme, il était en proie à une douleur atroce localisée au côté droit, elle l'avait saisi brusquement, lui arrachant des cris au moindre mouvement; malgré cela le facies était bon, le pouls à 100, et la température à 37°5. Malgré l'intensité de la douleur et réconforté par l'aspect du malade, je ne conseillai qu'un traitement médical; le transport du malade me paraissait (très probablement à tort) impossible et les conditions n'étaient pas compatibles avec une action chirurgicale. Grâce aux injections de morphine la douleur cessa et pendant cinq jours

la diète et la glace sur le ventre semblèrent avoir raison de la crise. Le sixième jour une nouvelle crise douloureuse éclata, et en douze heures le malade mourut.

Chez cet homme, à part l'intensité des phénomènes douloureux, rien ne fut particulièrement effrayant ; le pouls ne dépassa pas jusqu'au sixième jour 112 pulsations, et la température ne monta pas à 38 degrès ; il n'y eut aucun météorisme, il n'y eut d'altération des traits que le sixième jour.

La deuxième observation que je vous soumettrai est celle d'un homme qui était dans mon service il y a trois ans ; il était entré avec une douleur violente localisée dans le flanc droit depuis la veille. D'ailleurs son état général, pouls et température, facies, n'avait rien d'alarmant ; je fis le traitement médical ordinaire pour amener le refroidissement de la crise appendiculaire. Tout marcha sans encombre pendant huit jours, la température restant cependant à 38 degrès ; puis, au bout de ce temps, des symptômes plus alarmants se produisirent, les traits de la face s'altérèrent et le pouls augmenta rapidement de fréquence (140) ; j'intervins, je trouvai un foyer enkysté que j'ouvris après avoir traversé un péritoine sain. Ce foyer infect fut évacué sans qu'il me fût possible de trouver l'appendice, et, malgré un drainage soigné, le malade succombait douze heures après l'intervention.

Dans un troisième cas que je vis il y a quelques mois seulement, je fus appelé le 5e jour après le début des accidents auprès d'un jeune homme chez qui les phénomènes douloureux du début avaient été intenses et avaient nécessité l'emploi de 5 à 6 centigrammes de morphine par vingt-quatre heures pendant trois jours.

Au moment où je le voyais, je constatais un ictère qui me paraissait devoir contre-indiquer toute intervention, m'annonçant une septicémie déjà effectuée et que je ne saurais combattre J'instituai le traitement médical, et jusqu'au 8e jour tout sembla s'améliorer. Le 9e jour le pouls devint rapide et fuyant, la température restant à la normale. J'intervins *in-extremis* et là encore j'allai ouvrir en traversant un péritoine sain un foyer septique enkysté pelvien, sans pouvoir réséquer l'appendice ; la mort ne se fit pas attendre, elle eut lieu au bout de dix-huit heures.

Alors même que la mort ne survient pas aussi vite à la suite de crises de douleurs terribles, il n'en est pas moins vrai que la douleur intense a annoncé une maladie grave.

Celle-ci aboutit à la formation d'un abcès qui peut se vider spontanément et aboutir à la guérison. Terminaison heureuse s'il en fut lorsque l'abcès se vide par le rectum. Terminaison encore fort heureuse lorsque l'appendice placé en avant et dans le voi-

sinage de la paroi abdominale forme plastron et sollicite l'intervention habituellement heureuse en pareil cas. Mais cette terminaison n'est pas aussi simple lorsque la localisation pelvienne du foyer l'écarte de la paroi abdominale antérieur et ne la rapproche pas assez du rectum pour qu'il puisse s'y vider.

J'ai souvenir d'un jeune homme que je vis avec M. Jalaguier il y a cinq ou six ans, qui après une crise douloureuse intense parut refroidir son foyer. Au bout de trois ou quatre jours sa température était normale, son pouls à 80, son facies excellent. Nous avions constaté l'existence d'un foyer pelvien et nous attendions sa résolution, lorsque le 21e jour le jeune homme fut pris d'une nouvelle crise de douleurs et succomba en huit heures.

Il est vrai qu'aujourd'hui peut-être j'aurais essayé plus tôt d'évacuer ce foyer constaté dès les premiers jours, soit par une incision rectale, soit par l'incision sous-péritonéale de l'iliaque externe. J'y ai réussi dans un cas similaire. Mais c'est là une question d'un autre ordre et que je laisse de côté.

Ce qui me paraît évident, c'est que la douleur intense du début, d'une durée réelle, aboutit soit à des accidents graves d'emblée, soit à la formation d'abcès qui suivant leur siège peuvent ne présenter qu'une gravité insignifiante ou une gravité terrible.

Or, au début, on constate la douleur atroce et il est impossible de préjuger le point où se formera l'abcès.

Comme il y a chances égales pour qu'il devienne un abcès terrible à traiter ou un abcès simple, je pense qu'il y a tout intérêt à ce moment du début à prendre les devants et à intervenir, supprimant et l'appendice et ses effets.

Je pense qu'il y a intérêt à ne pas attendre un moment où l'intervention est condamnée à l'avance, et que l'expectation fait alors courir plus de mauvaises chances au malade que l'intervention.

Hormis ces cas où *l'altération des traits de la face* et *la douleur atroce du début* me paraissent commander l'intervention immédiate, je crois que l'expectation demeurera la règle pour le très grand nombre des cas.

M. Tuffier. — Dans notre première discussion générale sur l'appendicite, en 1899, j'ai cherché à montrer les avantages d'une opération précoce faite dans les quarante-huit premières heures.

Depuis cette époque, je me suis attaché surtout à l'étude du diagnostic de cette affection, et j'ai cherché si des faits cliniques venaient infirmer ou confirmer ma première opinion. J'ai pratiqué 153 opérations, j'ai fait des recherches nécroscopiques nombreuses,

et c'est le résultat de cette expérience que je viens vous exposer aujourd'hui.

J'envisagerai successivement *la fréquence et la guérison spontanée* de l'infection appendiculaire, puis la question pendante de *l'opportunité opératoire.*

Notre thérapeutique actuelle repose toute entière sur cet axiome médical sans lequel rien de ce que nous discutons ne subsisterait : « tout appendice qui a été infecté, doit être extirpé ». La première vérification à faire porte donc sur cette vérité fondamentale; pour celà nous n'avons que deux moyens : chercher ce que deviennent les malades non opérés, ou examiner scrupuleusement dans *toutes les autopsies* indistinctement la région appendiculaire, et relever les cas portant des traces *indéniables* d'inflammation du processus vermiforme. — La première *enquête, clinique*, m'a démontré que les malades restés guéris à très longue échéance ont presque tous été l'objet d'une attaque aiguë sévère, et je dirais volontiers que leur guérison définitive paraît d'autant plus probable que la crise a été plus longue et plus grave, qu'elle a mis en plus grand danger les jours du malade : je reviendrai sur cette première constatation. Notre *enquête anatomo-pathologique* a été faite en deux séries : la première, entreprise avec mon élève et ami le professeur Jeanne (de Rouen), a porté sur cent quatre-vingts cadavres, la seconde, faite avec mon élève Marcland, se chiffre par soixante autopsies. Nous avons développé ailleurs (*Rev. de Gynéc.*, mars à juin 1899, et *Thèse de Marcland*, Paris 1902) le détail de nos constatations et les précautions prises pour éviter toute cause d'erreur et répudier tous les cas douteux. Nous arrivons ainsi au chiffre, très inférieur à la réalité, de 20 p. 100 de cadavres portant des lésions appendiculaires et péri-appendiculaires indiscutables. Voilà donc établie la fréquence de la guérison spontanée de l'appendicite. Malheureusement cette constatation reste stérile; elle montre bien que ceux qui affirment cette guérison sont dans le vrai, mais rien ne peut nous faire prévoir qu'elles sont cliniquement reconnaissables, ces formes bénignes, et nous sommes, en pratique, obligés d'accepter l'axiome médical ci-dessus.

J'arrive maintenant au point qui nous intéresse le plus, savoir *l'opportunité opératoire*; je l'étudierai pratiquement, comme dans mon premier mémoire. Nous sommes appelés à voir une appendicite *au début* — et j'entends par là les trente-six premières heures — ou bien *dans le cours* de la maladie, *après* sa période aiguë.

I. Je me suis déclaré partisan de l'intervention dans les *trente-six premières heures*, et je reste irréductible sur ce point, pour la bonne raison que je n'ai jamais perdu un seul malade ainsi opéré,

et que je n'ai jamais eu ni difficulté, ni complication opératoire ou post-opératoire, ni suppurations prolongées, ni hernies, ni éventration. L'intervention est alors d'une simplicité plus grande même que dans l'opération à froid ; et ses suites sont d'une bénignité inconnue dans les opérations à chaud — opérations retardées. Les défenseurs les plus convaincus de cette façon de faire étaient, lors de notre première discussion, mes collègues Hartmann et Chaput ; depuis cette époque, je n'ai vu aucune objection théorique de la part de ceux mêmes qui étaient ou sont actuellement les partisans de l'expectation. Je veux donc insister de nouveau, et combattre les objections pratiques. Le grand argument de nos adversaires, celui derrière lequel ils se réfugient bien vite après avoir un instant concédé que c'est là une pratique efficace inoffensive, et peut-être recommandable, est celui-ci : « *Cette appendicite au début, on ne la voit jamais.* » Si vraiment vous avez le regret de ne pas la connaître, et si vous désirez réellement qu'elle vous soit présentée, il faut chercher pourquoi vous ne la voyez pas et comment vous arriverez à la rencontrer. Si vous ne la voyez pas, cela est uniquement dû à ce que vous répétez à satiété : « l'appendicite est une maladie médicale; au premier symptôme, donnez de l'opium, mettez de la glace sur le ventre et attendez. Si la maladie tourne bien, elle refroidira; si elle tourne mal, appelez un chirurgien ». Si, au lieu de cette excellente prescription et de cette concession faite à la médecine, vous disiez carrément : « au premier symptôme d'appendicite, ce qu'il faut, c'est un chirurgien », vous froisseriez peut-être vivement nos collègues médecins; mais, après une bonne campagne faite dans ce sens, je suis convaincu que vous seriez appelé plus tôt auprès des malades, que vous verriez cette appendicite au début, et que vous pourriez la traiter comme elle le mérite. Si donc tous ceux qui l'ont écrit sont vraiment convaincus que l'opération dans les trente-six premières heures est théoriquement recommandable, il ne tient qu'à leur volonté d'arriver à la pratiquer; il suffit qu'ils acceptent, mais qu'ils disent une fois pour toutes que l'appendicite, dès son éclosion, est une maladie chirurgicale.

La seconde objection qui m'a été faite est d'ordre clinique. Elle a trait aux *difficultés du diagnostic au début* de l'affection. J'accepte l'argument, et je me suis trouvé aux prises comme vous tous avec ces difficultés; j'ai même cru devoir publier un fait d'erreur de diagnostic commise par deux médecins distingués et par moi-même. Je reconnais qu'il y a des cas où le diagnostic est douteux, mais ces cas, je vous les abandonne; comme vous tous, je mets alors en œuvre toutes les ressources de la clinique et du laboratoire, je fais faire l'hématologie, à laquelle j'attribue une grande

importance (1), je vois et je revois le malade plusieurs fois par jour, et si je n'arrive pas à une conclusion, je me garde bien d'intervenir. Mais, à côté de ces cas, qui ne sont pas nombreux, qui se raréfient avec nos connaissances plus étendues et notre expérience plus large, il existe des faits bien nets où vous n'hésitez pas; pour ces cas au moins, l'objection tombe. Cherchant à rallier les irrésolus, je demanderai l'intervention immédiate dans les trente-six premières heures, seulement pour les cas dont le diagnostic peut être nettement établi, et j'adopte pour tous les autres la temporisation jusqu'à établissement indiscutable du diagnostic.

La troisième objection est d'ordre *bactériologique*. L'appendicite s'accompagne d'accidents toxi-infectieux : l'opérer immédiatement, c'est ajouter une perturbation organique à un état déjà précaire, et vous guérirez plus sûrement vos opérés si vous attendez la guérison, et la guérison bien complète de la maladie. Cet argument a sa valeur dans le cours de la maladie, mais, au début, la suppression de la source de l'infection c'est la suppression des accidents toxi-infectieux; la meilleure preuve, c'est la chute brusque de la température dans ces cas, c'est la jugulation immédiate de la maladie, et, d'ailleurs, la statistique blanche des opérations à cette période de début démontre bien son innocuité.

Si je me suis attardé à cette discussion de l'opération dans les 36 premières heures, c'est que je crois que notre sécurité doit gagner de ce côté. Moi aussi, j'ai vu les méfaits de la temporisation, ou, si vous voulez, du traitement médical le mieux conduit et le mieux suivi. Le 5 juillet 1900, j'étais mandé par un de nos anciens collègues d'internat auprès de sa nièce, jeune femme de 25 ans, mère de deux enfants et enceinte de 4 mois. La malade avait été prise le matin même d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite, douleur bientôt suivie d'un vomissement. Je vis la malade à 4 heures de l'après-midi : le diagnostic d'appendicite pendant la grossesse s'imposait, et je préparai le nécessaire pour l'opérer à 9 heures du soir; notre confrère, craignant une opération trop hâtive, appelle un médecin des hôpitaux très expert en la matière et qui déconseille toute intervention. Le traitement : glace, opium et diète était appliqué depuis le matin et fut continué; le lendemain, l'état reste stationnaire; le surlendemain, l'état général et l'état local étaient les mêmes, mais la malade faisait une fausse couche. Au quatrième jour, les symptômes de péritonite diffuse avec refroidissement des extrémités sont tels que je refuse toute opération; le malade mourut dans la nuit (obs. *in* Dubarry, 52 cas d'appendicite opérés. *Thèse*, Paris, 1901, p. 48).

(1) Tuffier. Hémodiagnostic de l'appendicite. *Semaine médicale* 29 juin 1901.

Le 6 janvier 1902, je suis appelé par mon ancien externe, le Dr Mercier, auprès d'une jeune Américaine de vingt ans, dont l'histoire était la suivante. Prise le 1er janvier, à l'approche de ses règles, de douleurs vagues dans le ventre, ces douleurs se fixent le 3 janvier dans la fosse iliaque droite avec maximum au point de Mac Burney. Glace, opium, diète. Le 4 janvier, consultation avec un de nos collègues de la Faculté; toute intervention est écartée. Le 5 l'état devient très grave, et je vois la malade le 6 au matin. Le diagnostic « appendicite avec péritonite à forme septique » est porté, et l'état général est tel que je déclare la malade perdue quoi qu'on fasse. Je consens à l'opérer l'après-midi, et, à l'ouverture de l'abdomen, il s'exhale une odeur abominable de gangrène; j'enlève facilement l'appendice gangrené, le cæcum est noirâtre, et j'éponge quelques cuillerées de liquide louche d'odeur atroce. Drainage multiple du bassin. La malade, douée d'une constitution très robuste, est maintenue vivante pendant trois jours au moyen d'injections de sérum et de caféine, puis elle finit par succomber.

Dans mon service de Beaujon, j'ai eu deux cas semblables, l'un chez une femme en couches que nous n'avons pas eu même le temps d'opérer, l'autre où la coexistence d'une colique de plomb nous fit hésiter : l'autopsie nous montra une appendicite gangreneuse avec perforation et péritonite diffuse.

Tous ces faits plaident vraiment en faveur de l'intervention précoce, intervention des premières heures, telle que je la défends.

II. Si la conduite à tenir est simple au début de l'infection, il en est autrement quand nous sommes appelés *dans le cours de la maladie*, et c'est dans la conduite à tenir à cette période que gît pour moi la véritable difficulté; la diversité extrême des cas, la multiplicité des facteurs qui entrent en jeu dans nos déterminations rendent notre tâche particulièrement difficile.

Nous ne pouvons envisager toutes les variétés de faits qui se présentent et nous sommes obligés de nous tenir ici dans les généralités. J'accorde une importance très grande à l'état du malade, pouls, température, facies, à la marche de la maladie que je n'ai pas suivie. Mais, en dehors de ces faits de pratique courante, je tiens compte de *l'état local.* Si, appelé dans le cours d'une appendicite, je ne trouve *aucun empâtement*, aucune tuméfaction dans la fosse iliaque droite, j'opère de suite. J'ai toujours considéré cette absence de réaction locale comme particulièrement grave. La défense péritonéale n'existe pas ou elle est très peu marquée; mieux vaut débarrasser de suite le malade d'une cause sérieuse de danger. Si, au contraire je trouve une région iliaque empâtée, ou une tuméfaction dure, étendue, bien limitée, je considère que la même urgence ne

s'impose plus. Je sais très bien que, dans ces cas, il est impossible de dire s'il existe ou non une suppuration profonde; du moins cette impossibilité existe-elle dans le plus grand nombre des cas. Si l'évolution de cette tuméfaction, si la marche de la température me permettent d'affirmer la présence d'un abcès, j'interviens; mais si les symptômes locaux comme les accidents généraux *s'atténuent*, je crois qu'il vaut mieux différer une opération qui pourra ne pas être nécessaire. Enfin, si, après avoir rétrocédé, les lésions prennent *de nouveau une marche offensive*, je n'hésite pas à intervenir.

III. Enfin nous sommes en face d'une *appendicite refroidie*, et bien refroidie depuis un mois. Je ne puis partager ici l'opinion de mes collègues, et dire que toute appendicite est justiciable de l'exérèse. Je considère qu'un bon tiers des malades arrivés à cette période sont des malades guéris définitivement. Toutes les fois que je suis en face d'un malade qui a présenté, pendant sa crise aiguë, des accidents locaux caractérisés par un empâtement considérable et longtemps persistant, avec réaction générale intense faisant croire à une suppuration, toutes les fois que ces accidents ont cédé, avec ou sans signes d'évacuation par l'intestin d'une collection purulente, je considère l'intervention comme inutile. J'ai bien rarement vu de ces malades présenter de récidive grave après une attaque très sévère. Ceux qui se plaignent ultérieurement de douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs étiquetées bien à tort appendicites à rechute, n'avaient le plus souvent que des accidents douloureux dus à des adhérences et cédant assez rapidement. J'ai, dans un cas, été si convaincu de cet état anatomique, que, chez un homme qui rentrait nettement dans le cadre que je viens de tracer, j'ai déconseillé l'opération qu'il me demandait; je l'ai fait masser prudemment — et ses douleurs ont disparu définitivement. Voyez les sujets qui se vantent d'avoir eu une appendicite et d'avoir guéri complètement, et depuis de longues années sans aucune intervention : le plus souvent, ce sont des malades qui ont eu une attaque très sévère et très grave, dans laquelle leur vie a été sérieusement menacée.

Bien que la bénignité de l'opération ne soit plus à démontrer — pour ma part j'ai eu 83 guérisons sur 83 cas — et que je considère l'intervention comme tellement simple que je la rangerais à côté de la cure radicale de la hernie (avec des doigts propres, on opérerait des centaines de malades sans avoir un insuccès), je réserve l'opération à froid aux seules appendicites sans grosse réaction péritonéale, à forme chronique, subaiguë, traînantes ; et, pour bien formuler ma pensée, je dirai qu'une appendicite à froid est d'autant plus justiciable de l'intervention que son attaque

aiguë a été plus légère. Sans doute il ne s'agit pas là d'une loi absolue : vous y trouverez des exceptions, mais elles sont assez rares pour que cette proposition reste vraie dans la généralité des faits.

En résumé : opérer *le plus près possible du début des accidents*, et ne temporiser que pour les cas où, appelé dans le cours de la maladie, nous voyons les symptômes rétrocéder spontanément, telle est la conduite que j'ai adoptée et que je préconise en matière d'appendicite.

Voici, pour terminer, ma statistique intégrale depuis juin 1899, époque à laquelle j'avais donné le résultat de mes opérations antécédentes.

155 cas, avec : 83 opérations *à froid*, dont 3 cas compliqués d'annexite et 56 opérés sous la rachicocaïne = 83 guérisons.

72 opérations *à chaud* :

9 dans les 36 premières heures = 9 guérisons;

63 en cours de maladie : 5 péritonites diffuses avec 5 morts opérés du 4e au 10e jour; 58 suppurations ou gangrènes avec 5 morts opérés du 4e au 12e jour; un suppurait depuis 2 mois.

Communication.

M. Bonnet lit un travail sur *un cas de rétrécissement congénital de l'urètre traité par l'excision.* — Renvoyé à une Commission : M. Bazy, rapporteur.

Présentations de pièces.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une énorme tumeur du rein que j'ai enlevée il y a quinze jours. Elle pesait 3 kilog. 50.

Je donne l'observation complète telle qu'elle a été rédigée par mon élève M. Filoulhaud, externe du service.

Elle me paraît intéressante parce que la séparation des urines, que M. Cathelin a bien voulu pratiquer avec son séparateur perfectionné, nous a donné des indications absolument précises sur l'état des deux reins. L'application, malgré une énorme rectocèle avec chute de la matrice, en a été très facile.

Tandis que le rein droit sain donnait en douze minutes 4 centimètres cubes d'une urine jaune contenant 21 grammes d'urée par litre, le rein gauche altéré donnait 8 centimètres cubes d'un liquide transparent comme de l'eau ne contenant que 3 grammes d'urée par litre, sans aucune matière colorante.

Le rein droit qui ne sécrétait que 20 centimètres cubes en une heure, soit 480 grammes par vingt-quatre heures en moyenne, supplée actuellement largement son congénère et sécrète de 1.000 à 1.100 grammes par jour.

La séparation des urines nous a permis d'affirmer la perméabilité de l'uretère et le peu de services encore rendus par le rein malade qui n'était guère plus qu'un filtre sans fonction sécrétoire.

P... L..., âgée de quarante-sept ans, entre le 29 octobre 1902 dans mon service de l'hôpital Cochin. Elle m'est adressée par le Dr Parizot.

La malade n'a pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Réglée à seize ans, elle avait toujours été bien réglée jusqu'à ces trois derniers mois, époque à laquelle ses règles ont cessé.

Elle a eu six enfants, plus deux fausses couches; les accouchements ont été faciles. Il est resté cependant du premier accouchement un prolapsus utérin avec rectocèle volumineuse.

Il y a quatre ans, la malade commence à éprouver un sentiment de malaise, de lourdeur dans tout l'abdomen, de tiraillement au niveau des reins. Puis elle sent croître une tumeur profonde dans l'hypocondre gauche ; bientôt les douleurs sont assez vives pour l'empêcher de se coucher sur le côté. La tumeur augmente de volume peu à peu. Puis il y a deux ans environ se produisent brusquement des hématuries assez abondantes qui se répètent pendant deux mois. Il n'est guère possible de faire préciser à ce sujet autre chose que l'origine urétrale du sang et la présence de caillots sanguins.

Depuis cette époque, il n'y a plus eu de sang dans l'urine, la tumeur a encore augmenté progressivement de volume, et elle a subi un accroissement un peu plus rapide depuis cinq mois.

Depuis ce temps-là également, la malade, qui s'était auparavant très bien maintenue, commence à maigrir. Ses muqueuses se décolorent. L'appétit persiste ainsi que les fonctions digestives. La malade tousse depuis une ou deux semaines, mais on ne trouve rien au sommet; à la base seulement, quelques gros râles muqueux.

A l'inspection, le flanc gauche est déformé.

A la palpation, on trouve une énorme masse dans la fosse iliaque et l'hypocondre gauche, atteignant en avant la ligne médiane et remplissant la fosse iliaque gauche.

Elle est légèrement mobile de haut en bas et d'arrière en avant. On sent dans la fosse lombaire gauche buter contre la main introduite sous les dernières côtes le pôle supérieur de la tumeur.

C'est une tumeur dure sans fluctuation, de consistance uniforme : on ne sent pas de frottements péritonéaux. La tumeur est légèrement douloureuse à la palpation : elle présente surtout un point douloureux au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure.

A la percussion, on note en avant de la tumeur de la sonorité due à la présence du côlon descendant qui est refoulé en avant et en dedans. On fait l'épreuve du bleu de méthylène qui passe une demi-heure après son injection.

Dans les urines, on trouve un disque assez épais d'albumine. Quant à la séparation des urines, elle est faite avec l'appareil du Dr Cathelin modifié (sondes métalliques). L'appareil est placé très facilement par M. Cathelin lui-même le 27 octobre : la vessie a une capacité d'environ 320 grammes ; elle est saine. L'urine est recueillie pendant douze minutes et on obtient les résultats suivants :

8 centimètres cubes à gauche d'urine absolument limpide et claire comme de l'eau.

4 centimètres cubes à droite d'urine jaune or.

La quantité est double à gauche qu'à droite. Le rein droit est donc macroscopiquement sain, et l'uretère perméable à gauche. Quant au rein gauche, l'analyse faite au point de vue de l'urée montre sa lésion :

Par rapport à un litre d'urine, voici le dosage d'urée ;

Rein droit.	21 gr. 777
Rein gauche.	3 gr. 9C8

La malade est opérée le 30 octobre.

On fait une incision oblique partant d'au-dessus du milieu de l'arcade crurale pour venir se terminer sur le flanc gauche un peu au-dessous de l'extrémité antérieure de la dixième côte. On incise les muscles abdominaux ; mais après la section du transverse, on arrive pour les deux tiers inférieurs de la plaie dans la cavité péritonéale ; pour le tiers supérieur, le péritoine s'étant réfléchi à ce niveau de la tumeur sur la paroi abdominale, l'extrémité supérieure se trouve en dehors de la cavité.

En dedans de la tumeur on reconnaît, appliqué sur elle, le méso-côlon descendant. Le péritoine est incisé sur une longueur de 10 centimètres à la surface de la tumeur, puis on procède au décollement. En dehors et à l'extrémité inférieure, les adhérences sont relativement assez faciles à rompre, mais à la partie interne, là où adhère le méso-côlon, il faut aller très prudemment, car les branches des coliques gauches et des veines sont volumineuses, les adhérences sont fortes, la surface de décollement de la séreuse saigne assez abondamment. On comprime au fur et à mesure avec de grandes compresses chaudes qui en même temps absorbent le sang épanché dans la cavité péritonéale. On arrive enfin après avoir libéré le côlon sur un conduit de la grosseur d'un doigt sur lequel on jette une ligature et que l'on sectionne : c'est l'uretère placé un peu au-dessous du centre de la tumeur.

En dessus sont les vaisseaux du hile, très volumineux, très forts. Leur ligature est assez difficile, car ils maintiennent solidement la tumeur qu'il est difficile de récliner pour se faire du jour. Ils sont enfin liés après section entre deux fortes pinces. Quant aux petits vaisseaux qui donnent à la surface du décollement péritonéal, on en fait l'hémostase avec quelques tampons à l'eau oxygénée.

La tumeur, qui n'est pas très adhérente par sa face postéro-externe, est alors complètement enlevée et entraîne avec elle la capsule surrénale.

L'hémostase assurée, on fait une boutonnière à la paroi musculaire, au-dessus de la crête iliaque, en arrière de l'incision, boutonnière où l'on passe un gros drain pénétrant dans l'hypocondre gauche en dehors du péritoine.

Puis les lèvres de la plaie péritonéale profonde (celle qui recouvrait directement la tumeur) sont réunies par un surjet au catgut n° 2. On place encore un gros drain dans la cavité péritonéale au niveau de cette suture et on referme l'abdomen, par des points au catgut pour le plan séreux et pour le plan musculaire, par des crins de Florence pour la peau.

Pendant l'opération, le pouls de la malade a faibli un peu. On lui fait immédiatement une injection de sérum de 800 grammes.

Examen. — La tumeur enlevée est ovoïde, à grosse extrémité inférieure, à petite extrémité supérieure. Elle est surmontée de sa capsule surrénale jaune, du volume d'une pièce de 5 francs.

Le poids de la tumeur est de 3 kilogr. 50.

Son diamètre vertical mesure.	25	centimètres.
— — transversal —	14	—
Son épaisseur	11	—

La surface est bosselée, semée d'adhérences rompues, de couleur rouge pâle, violette par places. Par endroits on retrouve du tissu cellulo-graisseux, accolé à la masse.

Au niveau du hile, on reconnaît les vaisseaux dans la lumière desquels affleurent des bourgeons mollasses, comme encéphaloïdes.

La coupe présente un tissu lisse, dur en certains points, plus mou en d'autres. Il persiste au pôle supérieur une partie du rein reconnaissable : le bassinet s'y montre très nettement avec un calice dilaté. Plus bas, on ne reconnaît plus rien. Au pôle inférieur enfin, on trouve un kyste sanguin gros comme un œuf de poule.

L'examen microscopique fait reconnaître un épithélioma tubulé cylindrique (examen de M. Marie). La partie de rein située en haut présente de gros glomérules et a gardé la texture du rein normal.

Résumé. — Il s'agit bien certainement d'un épithélioma tubulé du rein, un peu différent des épithéliomas du rein à cellules claires. Cet épithélioma est nettement à cellules cylindriques dans certaines régions, à cellules polymorphes dans les plus grand nombre. Il est très végétant

et transforme même en véritable carcinome en différents endroits. Il est impossible, d'après les caractères histologiques, de dire aux dépens de quels éléments épithéliaux, il s'est développé. Le rein a été dissocié et atrophié par compression. Il en reste cependant une petite portion à peu près normale qui semble capable de sécrétion.

Le jour même de l'opération, on a encore fait une injection de 2 litres de sérum en deux fois ainsi qu'une injection d'huile camphrée. Le surlendemain, on fait le premier pansement. Il n'y a rien à l'aspiration : pas de sérosité dans la plaie, pas de fièvre; le pouls est bon, la langue sale, la malade rend de gros crachats blanchâtres.

Le troisième jour, on enlève le drain de la cavité péritonéale. Celui qui draine la cavité extra-péritonéale est remplacé par un autre plus petit, mesurant seulement 5 centimètres.

Malheureusement, le quatrième jour, l'orifice du premier drain enlevé laisse couler un peu de sérosité purulente qui irrite la plaie : on fait un pansement à l'eau oxygénée au tiers. Le lendemain, le pus étant plus abondant et formant une collection qui tend à descendre vers la fosse iliaque, le drain est remis en place et l'on lave la poche à l'eau oxygénée : le pansement est fait également avec une première couche de gaze imbibée d'eau oxygénée et une deuxième couche de gaze sèche. Au bout de deux jours de lavages journaliers, le pus est bien peu de chose. Le trajet du drain de la boutonnière musculaire tend à se fermer complètement. La température s'est abaissée de 4 à 5 dixièmes le soir (38 degrés), elle est normale le matin. L'état général est satisfaisant.

Les quantités d'urine émises par le rein droit sain ont été progressivement de 500 grammes à 1.000 grammes qu'elle rend actuellement au bout de douze jours d'intervention.

M. Albarran. — Je demanderai si on a fait l'examen histologique.

M. Schwartz. — L'examen a été fait par M. Marie qui remettra une note, et qui a constaté qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé à cellules cylindriques.

M. Albarran. — C'est assez rare; on observe en général des épithéliomas à cellules cubiques.

M. Lucas-Championnière. — J'ai vu cette malade qui avait des hémorragies tellement abondantes qu'on avait cru qu'il s'agissait de métrorragies, et on me l'avait envoyée comme étant atteinte de fibrome de l'utérus. J'avais reconnu une tumeur du rein. Je lui ai proposé l'opération; elle l'a refusée. Plus tard elle est rentrée pour se faire opérer, et alors c'est son mari qui a refusé. Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est d'abord la profusion de ces

hémorragies, puis leur cessation absolue dans ces derniers temps, et enfin la longue durée de la maladie, puisque, quoiqu'il s'agisse d'une femme relativement jeune, la tumeur datait de quatre ans.

M. Bazy. — On peut dans quelques cas expliquer la cessation des hémorragies par le remplissage du bassinet et son oblitération en même temps que celle de l'uretère par des caillots fibrineux. J'ai ainsi opéré, au commencement de l'année, un homme qui avait eu aussi des hématuries très abondantes.

Or dans les derniers temps cette hématurie avait complètement cessé, et j'en ai eu l'explication en voyant, après l'opération, que le bassinet était rempli par un caillot fibrineux qui sortait par l'orifice sectionné de l'uretère.

M. Delbet. — J'ai observé un épithélioma d'un volume comparable à celui-ci, mais de disposition différente, car il avait respecté le pôle supérieur du rein. — Ce sont les hématuries, qui m'ont, en quelque sorte, obligé à opérer par leur caractère menaçant. — J'ai opéré par voie lombaire et quoique ma ligature ait porté en plein tissu du néoplasme, le malade survécut deux ans. Il a succombé à des phénomènes gastro-hépatiques, dont il n'a jamais soupçonné la relation avec les tumeurs du rein.

M. Schwartz. — Dans mon cas l'uretère était perméable; c'est donc à une autre cause que celle indiquée par M. Bazy qu'il faut attribuer la cessation des hémorragies.

Appendice avec diverticulum.

M. E. Potherat. — L'historique de l'appendice que je vous présente n'a rien de bien intéressant. Il provient d'une femme de quarante et un ans, que j'ai opérée le 2 octobre dernier, et qui est aujourd'hui guérie. Elle avait eu deux crises violentes d'appendicite reconnue et traitée par son médecin. La dernière crise, violente, avait laissé à sa suite des douleurs persistantes, qu'expliquent les lésions péri-appendiculaires (adhérences, épaississements) et appendiculaires.

Ce sont celles-ci qui font le seul intérêt de la présentation.

L'appendice, épais, blanc-mat, recouvert par des adhérences, mis à nu, je vis qu'il se dirigeait en bas vers le bassin. Après un parcours de 6 à 7 centimètres environ, il se terminait par un ren-

flement, en décrivant une crosse à concavité inféro-externe, dans laquelle était enchâssée une masse du volume d'une amande verte, ovalaire, blanc mat, mais hérissée de saillies kystiques jaunes ou claires : le tout ressemblait absolument à un *ovaire kystique*, qui aurait été encadré par l'appendice épaissi, induré ; et je crus tout d'abord qu'il s'agissait bien de l'ovaire, et que je me trouvais en présence d'un de ces cas assez nombreux aujourd'hui, où il y a lésion concomitante des annexes droits et de l'appendice.

Il n'en était rien : l'appendice et la masse adjacente étaient deux parties d'un seul organe ; c'est là le fait anatomique spécial à ce cas. La petite tumeur n'était autre qu'une cavité remplie d'une matière gélatineuse, claire, analogue au contenu des kystes synoviaux. L'épaisseur inégale des parois lui avait permis de résister inégalement suivant les points d'où les saillies kystiques secondaires de la surface. Enfin, cette poche, latéralement placée le long de l'appendice et près de son extrémité libre, communiquait, ainsi que vous pouvez en juger par un orifice net, rond, taillé à l'emporte pièce, et épithélialisé, avec le canal appendiculaire.

L'interprétation de ce fait anatomique, doit à mon avis être celle-ci : appendicite, foyer de folliculite, destruction à ce niveau des tuniques muqueuse et musculeuse ; persistance et dilatation de la tunique séreuse de l'organe.

M. Walther. — Il serait intéressant de savoir si l'examen histologique de cette production a été fait. J'ai apporté ici un cas où il existait des petites saillies analogues à celle de la pièce de M. Potherat, mais beaucoup moins grosses ; il s'agissait de diverticules de la muqueuse appendiculaire dans le méso-appendice. Il faut bien en connaître l'existence pour n'être pas exposé à les comprendre dans une ligature, et par conséquent à laisser dans l'abdomen des portions de muqueuse qui pourraient être une source d'infection.

Appendice gangrené, deux perforations imminentes sans symptômes aigus.

M. Routier. — La pièce que je vous présente a pour but de démontrer ce que j'ai avancé souvent dans mes communications diverses sur l'appendicite : à savoir, qu'il est fort difficile sinon impossible de faire le diagnostic anatomique des lésions de l'appendice par le seul secours des phénomènes cliniques.

Voici un appendice épaissi, rouge, violacé, qui présente deux

plaques gangrenées au niveau desquelles un mince feuillet péritonéal est le seul obstacle à la perforation, et dont toute la surface interne, toute la muqueuse est gangrenée. J'ai enlevé cet appendice à un malade, qui n'avait ni fièvre, ni douleurs, ni défense musculaire, le lundi matin 10, quand je l'ai vu pour la première fois ; si bien que j'ai considéré cet homme comme présentant un cas d'appendicite refroidie, et je l'ai renvoyé au lendemain pour être opéré.

Il en était à sa seconde crise appendiculaire ; sa première de mai 1902 avait été assez violente, beaucoup plus que celle-ci : elle avait duré six jours avec fièvre, vomissements, ballonnements du ventre et occlusion. Il avait été traité médicalement, et très sévèrement soumis au régime de diète, de repos, de glace, etc. etc.

Sa seconde crise, celle-ci, a débuté dans la nuit du 7 au 8 novembre par une douleur violente et fixe au Mac Burney; il a vomi toute la journée du 8, il a eu de la diarrhée, il ne peut nous dire s'il a eu de la fièvre. En tous cas, le 9, à son entrée, il avait toutes les allures d'un cas d'appendicite légère refroidie; or, les lésions que j'ai trouvées sont un état gangréneux avancé et diffus de l'appendice.

D'après cette observation, vous voyez que même l'appendicite gangrenée dont notre collègue Quénu a parlé ici comme présentant tout un groupe de symptômes particuliers permettant de la reconnaître, même cette appendicite gangrenée, dis-je, tombe dans ce grand nombre de faits où je prétends pour ma part que le diagnostic de la lésion anatomique est le plus souvent impossible au lit du malade, raison pour laquelle je suis et je reste interventionniste.

M. Quénu. — Dans le cas que M. Routier nous cite, il a vu le malade plus de quarante-huit heures après le début des accidents. Il n'est donc pas étonnant qu'il n'ait pu constater cette douleur diffuse à la pression, que j'ai prié mes collègues de rechercher et qui m'a paru avoir une réelle valeur diagnostique de l'appendicite gangréneuse ou tout au moins très virulente.

Je me suis évertué à dire qu'elle n'avait d'intérêt qu'observée d'une façon précoce, c'est-à-dire dans les premières vingt-quatre heures. Je connais très bien les cas où rapidement dans les formes graves s'atténue ou disparaît la douleur locale. J'ai moi-même opéré au quatrième jour, (sitôt que j'ai été appelé) dimanche dernier, un enfant de 13 ans, chez lequel les phénomènes douloureux étaient minimes, mais l'ictère et l'albuminurie accusaient la toxhémie : l'appendice était gangréné. J'aurais opéré cet enfant dès le premier jour de la crise, car les symptômes s'étaient d'emblée

accusés avec une grande acuité. Bien qu'opéré tardivement, cet enfant est en train de guérir.

M. Routier. — Mon seul but, en présentant cette pièce, était de prouver qu'il est le plus souvent impossible de faire le diagnostic des lésions de l'appendice; car ce malade n'avait ni fièvre, ni douleur, et il était venu à pied à l'hôpital. Cependant son appendice était gangrené.

M. Hartmann. — A l'appui de ce que vient de nous dire M. Routier, je vous demande la permission de relater un cas d'appendicite gangréneuse où, dès le début des accidents, marqua cette douleur à gauche dont nous a parlé M. Quénu.

Il s'agissait dans ce cas d'une enfant de douze ans, auprès de laquelle je fus appelé le 11 juillet dernier par notre collègue des hôpitaux, M. Dreyfus-Brissac. Cette enfant qui venait d'avoir trois semaines auparavant un état général fébrile accompagné d'urticaire, qui, pour cette raison, avait été mise au régime lacté et aux œufs, et n'avait recommencé à prendre de la viande que depuis deux jours, fut prise dans la nuit du 10 au 11 juillet dernier d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite, avec nausées et fièvre.

Appelé immédiatement, M. Dreyfus-Brissac constata le 11 au matin un peu de météorisme avec douleur absolument limitée au point de Mac Burney; le pouls était à 120, la température de 39°2. L'enfant fut immédiatement mise à la diète avec de la glace sur le ventre et de l'extrait thébaïque à l'intérieur.

Dans l'après-midi, quinze heures après le début des accidents, nous la voyons; la douleur a presque complètement disparu; c'est à peine s'il existe une légère sensibilité dans la fosse iliaque droite, sans la moindre contracture, mais avec un peu de météorisme. Les urines contiennent de l'albumine, il y a un peu de subictère.

Le 12 juillet même état; la température axillaire reste le matin et l'après-midi entre 39 degrés et 39°5; toujours léger météorisme, absence complète de douleurs, spontanées ou à la pression. Subictère, albuminurie, pas de vomissements. En présence de ces symptômes toxiques et infectieux nous pensons à une appendicite de forme gangréneuse; et comme l'absence de réaction péritonéale nette nous fait craindre une rupture à brève échéance d'un appendice gangréné dans une cavité péritonéale libre d'adhérences, nous conseillons, d'accord avec M. Dreyfus-Brissac, l'intervention immédiate. Notre collègue Tuffier, appelé en consultation, est de notre avis.

Dans ces conditions, j'opère à six heures du soir, soit quarante heures après le début des accidents.

A l'ouverture de l'abdomen, le péritoine est absolument sain, sans trace de réaction. L'appendice semble à l'extérieur absolument sain, sans la moindre turgescence. Nous l'enlevons, et refermons le ventre en laissant un petit drain.

Le 13 au matin la température est tombée à 36°7; en quelques jours le léger météorisme existant disparaît, l'albuminurie et le subictère diminuent progressivement et la petite malade guérit.

Ouvert immédiatement après l'opération, l'appendice était rempli par une sanie brune; immergé aussitôt dans l'alcool (ce qui supprime toute idée de putréfaction secondaire), puis coupé et examiné au microscope, l'appendice montre une *gangrène totale de la muqueuse*; on ne trouve que quelques culs-de-sac glandulaires perdus au milieu d'une masse finorme.

Il est certain que, dans ce cas, *l'intervention exécutée avant la fin des quarante-huit premières heures a sauvé la malade* qui était exposée à la rupture de son appendice atteint d'une gangrène dont l'existence se traduisait uniquement par des symptômes toxiques et infectieux, sans réaction péritonéale notable.

M. Quénu. — Je n'ai jamais dit que ce fût un signe constant. J'ai demandé seulement à mes collègues de le rechercher et Segond m'a dit l'avoir observé dans la moitié des cas; et à ce propos je rappellerai que M. Tuffier, après avoir déclaré ne l'avoir jamais rencontré, nous a cité l'observation de son élève Mercier où ce symptôme existait.

Il faut enregistrer le cas de M. Hartmann comme un cas négatif à ce point de vue; mais quand il existe, ce signe me paraît avoir une réelle valeur.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Brun, qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Des lettres de MM. Quénu et Michaux, qui, retenus par une indisposition, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

4°. — Le *Manuel de Technique chirurgicale des opérations courantes*, que M. Marion vient de publier et dont il offre un exemplaire à la Société.

M. le Président remercie M. Marion au nom de la Société.

A propos de la correspondance.

M. Brun dépose sur le bureau la thèse inaugurale de M. Milhiet.

M. H. Milhiet adresse sa thèse à l'appui de sa candidature au prix Duval.

M. Kirmisson dépose sur le bureau une série de mémoires que le professeur Lennandel adresse à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

M. Picqué dépose sur le bureau de la Société le compte rendu du *Cinquantenaire de la Société médico-psychologique*.

A l'occasion du procès-verbal.

Discussion sur l'appendicite.

M. Poirier. — Le 12 juillet 1898, j'eus l'honneur de vous faire une communication sur le traitement de l'appendicite ; je conclus alors : *sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée le plus rapidement possible.*

Une longue discussion suivit. MM. Routier et Peyrot, seuls ici, partagèrent ma manière de voir, ayant déjà adopté ce que l'on appella mon absolutisme opératoire.

Cependant, il fut facile de voir, au cours de la discussion que je résumai dans notre séance du 26 avril 1899, que beaucoup d'entre vous avaient modifié peu à peu leurs opinions, accentuant progressivement leurs tendances vers l'intervention.

Aussi je pus conclure :

A. — *Il n'y a point de traitement médical de l'appendicite.*

B. — *L'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, d'urgence, comme une hernie étranglée, dès que le diagnostic est établi.*

Et mes conclusions ne furent point contredites.

Dans les temps qui suivirent, il me parut que mes conclusions n'avaient point été adoptées par nombre de membres du corps médical : un mouvement de réaction contre l'intervention se dessina nettement.

C'est pourquoi l'an dernier, dans notre séance du 23 janvier, j'apportai 64 observations nouvelles, comprenant tous les cas de ma pratique au cours des années 1899 et 1900.

J'avais appliqué pendant ces deux années, avec intransigeance, la formule simpliste que j'avais ici préconisée : appendicite aiguë = opération.

Je rappelle que dans mon service de l'hôpital Tenon, on opère dans les trois ou quatre heures qui suivent leur entrée, tous les cas bien reconnus d'appendicite aiguë.

En 1899, il a été opéré dans mon service, 19 cas d'appendicite aiguë, dont 8 avec péritonite généralisée ; nous avons eu 17 succès et 2 morts. C'est une mortalité d'environ 10 p. 100.

J'avais pour internes MM. Cathelin, Chifoliau et Lœwy.

En 1900, nous avons encore opéré 19 appendicites aiguës, dont 7 que je puis qualifier de tièdes avec abcès localisé, 7 dans lesquelles l'infection péritonéale était limitée à quelques loges autour de l'appendice sphacélé et perforé, la grande cavité péritonéale étant d'apparence saine, et 5 autres dans lesquels, indépendamment des loges purulentes péri-appendiculaires, nous

constatâmes que la grande cavité péritonéale, avec ou sans dépôts pseudo-membraneux, contenait une notable quantité d'un liquide trouble d'apparence purulente ou de couleur bouillon sale.

Ce fut une année exceptionnellement heureuse. Nous n'eûmes pas un décès.

Mes internes étaient : MM. Maubert, Prat et Roche.

En 1901, il a été opéré dans mon service de Tenon 23 appendicites aiguës, dont 9 avec péritonite généralisée.

Sur ces dernières, j'ai perdu deux opérées. Il s'agissait de malades entrées dans le service avec tous les symptômes de la péritonite à sa dernière période : tout autre diagnostic était impossible que celui de péritonite. C'est seulement au cours de l'opération que nous reconnûmes l'appendicite.

J'ai aussi perdu une malade atteinte d'appendicite aiguë, avec abcès localisés, sans réaction péritonéale générale, en apparence au moins, mais avec tous les symptômes de cette toxi-infection sur laquelle Dieulafoy a insisté avec tant de raison.

Donc 3 décès sur 23 cas, soit une mortalité de 12,5 p. 100.

Internes : MM. Calmels, Delaunay, Grégoire.

Si je totalise les résultats d'un interventionniste radical ou plutôt absolu, j'arrive à une mortalité d'environ 8 p. 100.

Comme celle que je vous ai donnée pour les années 1899 et 1900, ma statistique opératoire pour la ville est beaucoup plus chargée de décès. La mortalité atteint 30 p. 100.

En ville, on ne fait point ce que l'on veut : on opère quand on le peut, au moment où l'on est appelé.

Le contraste entre ma pratique à l'hôpital et à la ville est frappant. On chercherait en vain à attribuer à une autre cause qu'à la précocité de l'acte opératoire, l'énorme supériorité des résultats de ma pratique hospitalière.

J'ai écouté avec beaucoup d'attention et lu avec intérêt vos communications, et j'ai été frappé de l'incertitude des points sur lesquels quelques-uns d'entre nous prétendent baser leurs diagnostics au point de vue opératoire.

Tel voit une indication opératoire dans le plastron qui paraît à tel autre une bonne raison de s'abstenir ; pour celui-ci, la douleur diffuse est une indication pressante, alors que celui-là cède à l'injonction opératoire d'une douleur nettement localisée.

Je pourrais multiplier à l'infini ces désaccords flagrants et ajouter bien des cas à la série des décès survenus sous la surveillance intermittente du temporisateur armé. Dans toutes vos communications, les dangers de la péritonite semblent vous préoccuper plus que ceux de la toxi-infection plus redoutable cependant.

A mon avis il n'est au pouvoir d'aucun clinicien de prévoir ce que deviendra une appendicite aiguë. Je me déclare absolument incapable de distinguer les formes bénignes des formes graves; je dis que le plus souvent il est impossible de reconnaître le moment précis du début. Je me croirais coupable si j'attendais pour opérer l'apparition des symptômes graves; ce fait seul qu'ils sont *toujours imminents* me force la main. C'est pourquoi j'opère toujours, dès que le patient m'est confié.

Je vous ai apporté mes résultats : ils démontrent que l'opération au cours de l'appendicite aiguë ne présente point de gravité dans la grande majorité des cas : 39 opérations, un seul décès; — et que la péritonite généralisée elle-même cède le plus souvent après une intervention bien conduite, puisque je n'ai eu que 4 décès sur 22 cas.

Je dois ajouter que cette statistique hospitalière ne comprend que les cas opérés par moi ou par mes internes après qu'ils eurent appris de moi la façon d'opérer.

J'ai déjà eu l'occasion de vous dire comment j'opère (23 janvier 1901, *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*). Je n'insisterai que sur deux points : Je ne prends aucun soin pour épargner la grande cavité péritonéale ; en fait, je l'ouvre toujours et très largement, soit d'emblée quand il n'y a point d'adhérences, soit au cours des manœuvres nécessaires pour l'ouverture des abcès et le dégagement de l'appendice que je résèque toujours dans sa totalité. Epargner le péritoine, c'est se réserver de désagréables surprises, que l'on évite en l'ouvrant largement et en le maintenant ouvert par un drainage suffisant. Les premières fois que j'ouvris le péritoine, ce fut par hasard ou par maladresse au cours de la dissection des adhérences ; j'eus peur, car j'étais alors imbu des idées classiques sur les dangers d'infecter les séreuses. Les faits me démontrèrent que ces craintes étaient vaines et les dangers illusoires. Bientôt j'en arrivai à l'ouvrir de propos délibéré, avec les doigts souillés du pus des abcès péri-appendiculaires. Et je suis encore à la recherche d'un cas d'infection post-opératoire de la grande séreuse péritonéale.

J'ai déjà eu l'occasion deux fois de vous communiquer ces remarques et j'ai eu le plaisir, à notre avant-dernière séance, d'entendre notre collègue Villar (de Bordeaux) répéter sur ce point ce que deux fois j'ai imprimé dans nos bulletins.

J'attache une très grande importance au drainage pour lequel j'emploie quatre drains gros comme le pouce : deux au voisinage du cæcum, un autre plongeant jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas, le dernier au-devant des anses grêles. Assez souvent, dans les cas de péritonite généralisée sans épanchement pendant

les deux ou trois premiers jours, ces drains ne draînent pas; des exsudats inflammatoires les bouchent et ferment les interstices qui les séparent : il faut alors retirer les drains, dégager avec l'index les anses accolées et remettre les drains en place. Dans ces cas, qui sont les plus graves, la suppuration ne s'établit franchement qu'au bout de deux ou trois jours et point n'est besoin alors de recourir à l'aspiration qui n'aspire rien tant que dure l'inflammation.

Presque toujours, même dans les cas les plus graves de péritonite généralisée, l'opéré bénéficie de l'acte opératoire; il y a une sorte d'accalmie des symptômes péritonéaux. La plupart des malades que j'ai perdus ont succombé à cette toxi-infection bien connue, je le répète, depuis les travaux du professeur Dieulafoy.

M. Ricard. — Les orateurs qui m'ont précédé ont singulièrement facilité l'exposé de mon opinion; ce qui me permettra d'être bref.

M. Routier nous a dit qu'il se sentait incapable de diagnostiquer la forme anatomique d'une appendicite. Je crois qu'il a été trop modeste, mais, en tous cas, je lui répondrai que c'est parfaitement inutile. Et, avec M. Broca, je persiste à penser que la forme anatomique n'est rien, mais que la forme clinique est tout.

A quoi tient, en effet, la bénignité ou la gravité d'une appendicite? Uniquement et absolument à la réaction péritonéale qui la complique. L'appendicite gangréneuse qui, pour certains d'entre nous, est le prototype de l'appendicite grave, n'est grave qu'à la condition que le péritoine soit livré sans défense au contact et à l'inoculation des portions gangréneuses de l'appendice.

Nous avons, tous, au cours d'opérations à chaud, trouvé des appendices gangréneux, enkystés et isolés dans un cavité septique mais protectrice.

Nous avons tous, dans des opérations pratiquées à froid, trouvé des appendices réséqués, amputés en partie ou en totalité, isolés dans des paquets de fausses membranes. Tous, nous avons trouvé de ces appendices scléreux, cloisonnés, à muqueuse cicatricielle, témoignant d'un processus ulcéro-gangréneux passé et guéri.

Par contre, nous avons également observé des appendicites à forme hypertoxique, sans gangrène des parois appendiculaires, sans une fausse membrane, sans une adhérence, presque sans rougeur. Ce sont des cas où l'infection s'est faite d'emblée, saisissant le péritoine non préparé et sans défense.

Aussi, je pense que ce diagnostic de la forme anatomo-pathologique de l'appendicite, si difficile, mais non impossible, n'est pas absolument indispensable. Le diagnostic de l'évolution clinique peut seul guider la thérapeutique.

C'est vous dire que je ne suis nullement de l'avis de ceux qui opèrent toujours et quand même, et moins encore de l'avis de ces médecins qui, entêtés dans les anciens errements, n'opèrent jamais.

Pour étayer ma conduite, permettez-moi de recourir à la vieille division clinique, très factice, mais si claire pour la description, des appendicites en cas légers, moyens et graves.

Les cas légers, je déclare hautement que je ne les opère jamais, et que je considère l'intervention comme un danger. Heureusement que la plupart des cas ne nous sont pas soumis, sans quoi bien des erreurs seraient commises par les chirurgiens qui font de l'intervention un article de foi.

Hypnotisés par une douleur dans la fosse iliaque droite, obnubilés par ce fameux point de Mac Burney, nombre de médecins ont trop de tendance à étiqueter appendicite ce qui est tout autre chose. Notre collègue Quénu a trop lumineusement insisté sur ces causes d'erreurs dans sa communication pour que j'aie le droit de m'y étendre.

Laissez-moi, cependant, vous dire que dans un travail qui m'a été soumis, j'ai pu lire que dans 20 cas d'appendicite d'urgence opérés dans un de nos services hospitaliers, il y avait 3 cas de fièvre typhoïde.

La semaine dernière, il y avait encore dans nos salles un malade venu d'un autre service, où l'on voulait laisser son appendicite refroidir pour l'opérer. Ce malade retourné chez lui, et, renvoyé dans nos salles, présentait alors les signes manifestes d'une fièvre typhoïde, pour laquelle je l'ai fait admettre en médecine à l'hôpital Lariboisière.

Les cas légers, trop trompeurs, trop indécis dans leurs symptômes trop fugaces, doivent être respectés du chirurgien.

Nous opérons tous les cas graves; sauf les cas trop graves, où les malades agonisants ne relèvent plus ni du médecin, ni du chirurgien. Ces cas, qu'ils soient graves d'emblée en quelques heures, ou graves parce qu'ils ont été soumis trop tard à notre examen, fournissent la mortalité opératoire que nous observons dans les statistiques. En face d'eux, il n'est point de temporisateur. C'est l'opération indiscutable, immédiate, urgente. Qu'il s'agisse de la forme hypertoxique sans réaction péritonéale, presque fatalement mortelle ; de la forme à péritonite réellement diffuse, où nous pouvons sauver quelques malades; de ces formes pyohémiques, ou avec gros abcès péritonéal, tous nous opérons. Et, quel que soit le mode opératoire employé, au hasard de la virulence de l'appendicite, et de la résistance du sujet, nous obtenons des succès ou des revers. Mais, j'aurais tort de m'étendre

plus longuement; l'opération étant la seule chance de salut, je pense que l'accord est unanime parmi nous, sauf pour certains cas particuliers et exceptionnels, dont l'exposé ne pourrait ici que prêter à la confusion, dans une discussion où il importe avant tout de voir clair.

Restent les cas moyens, les cas subaigus. Pour ceux-ci, mon opinion est aujourd'hui bien assise, grâce à l'expérience que m'ont donnée les communications de mes collègues et les faits nombreux d'appendicite aiguë que j'ai pu observer moi-même.

Dans cette catégorie, nous sommes tous d'accord sur les appendicites avec collection purulente nette, collection qu'il faut inciser largement et drainer. Nous différons seulement sur l'opportunité qu'il y a à enlever ou à laisser l'appendice; mais ce n'est pas dans la discussion ouverte aujourd'hui qu'il convient de discuter ce point particulier de technique.

Ici encore, nous trouvons ces formes à plastron, qui sont l'indice de l'organisation d'une défense péritonéale qu'il faut surveiller, sans doute, mais qu'il convient de respecter.

La plupart de ces cas, qui correspondent à l'ancienne typhlite et pérityphlite, évoluent tous ou presque tous vers la résorption ou l'abcédation franche.

La surveillance permet de dépister l'évolution rare du côté de la péritonite et d'intervenir à temps.

Restent les cas, franchement aigus, à réaction péritonéale nette, douleur plus ou moins modérée, mais à localisation iliaque droite très nette, pouls fréquent mais plein, température élevée, etc. Pour ces cas, qui nous divisent surtout, je suis devenu résolument et de plus en plus temporisateur. Je pense que lorsque ces cas sont traités méthodiquement d'après les règles usuelles, repos, diète, opium, et glace sur le ventre, on n'a jamais ces surprises brutales que nous a signalées M. Legueu.

Un de mes anciens collègues d'internat me rappelait qu'en ces trois dernières années nous avions vu ensemble 12 cas d'appendicite aiguë, que je n'en avais opéré aucun, et que tous avaient guéri. L'année dernière, je faisais observer à mes internes que nous avions dans nos salles de chirurgie, sept cas d'appendicite aiguë et que nous n'en opérions aucun d'urgence. C'est vous dire jusqu'à quel point je suis devenu temporisateur, or, jamais je n'ai eu à déplorer d'avoir attendu ; jamais un malade que j'ai observé n'a succombé parce que j'ai différé mon intervention. Sans doute, il m'est arrivé maintes fois qu'après avoir observé, un, deux, ou plusieurs jours mon malade, et porté un pronostic bénin, je me suis vu forcé d'intervenir, pour un symptôme de recul, dans l'évolution du mal : température se maintenant élevée, pouls faiblissant,

ballonnement du ventre s'accentuant, douleur s'exagérant, apparition de ce facies spécial, indiquant qu'il se fait des résorptions dangereuses. Bref, je n'opère ces cas que si, après traitement médical rigoureux, je n'obtiens pas la sédation des symptômes que j'escomptais.

Cette énumération est incomplète, et à dessein, je ne veux pas entrer dans plus de détails; mais je tiens à dire que, si on livre à la masse de nos confrères le problème de la thérapeutique de l'appendicite, comme équivalent à cette équation : appendicite = opération, on court à des désastres qu'atténuent chez nos collègues leur grande habitude de la chirurgie, mais qui deviendront légion lorsque cette formule aura passé dans le domaine de la pratique.

En résumé, l'appendicite, comme l'a dit M. Quénu, relève du chirurgien, mais non pas forcément de l'acte chirurgical. Il serait singulier que cette affection si variable et si déconcertante dans ses formes, si bénigne ou si terrible suivant les cas soit toujours et quand même soumise à une même formule thérapeutique.

Pour ma part, je recule devant la simplicité et la facilité de cette formule.

M. Walther. — Les deux observations qui nous ont été rapportées par M. Legueu et par M. Segond impliquent cette assertion rappelée ici par M. Segond : « Attendre pour opérer que l'appendicite soit refroidie, c'est exposer le malade à la mort. »

Je dois tout d'abord à la vérité de dire à mon maître et ami M. Segond que, dans le cas particulier qu'il nous a cité, je partage absolument sa manière de voir. S'il avait été appelé vingt-quatre heures, trente-six heures plus tôt, il aurait eu de grandes chances de pouvoir guérir cette malade; je crois même qu'il aurait mieux valu opérer quelques mois plus tôt, avant de laisser évoluer une appendicite jusqu'à la perforation. Ceci ne prouve donc que l'utilité du diagnostic et le danger du massage abdominal dans les appendicites.

La question de la valeur comparée des deux méthodes, intervention immédiate dans tous les cas et à toutes les périodes, intervention subordonnée à des indications particulières tirées soit de l'état local, soit surtout de l'état général, ne peut être, il me semble, résolue que par l'étude des faits, par la comparaison de statistiques, de statistiques individuelles intégrales.

Je vous apporte donc, à titre de simple document, la statistique des opérations que j'ai faites en ville du 1er janvier 1900 au 15 novembre 1902 et celle des opérations que j'ai faites à la Pitié depuis que j'y ai pris le service le 1er mai 1901. Dans cette statistique des appendicites opérées à la Pitié, je n'ai pas compris

celle des mois de vacances, ni celle des opérations d'urgence faites par les chirurgiens de garde. J'ai tenu à ne vous donner que le résultat de ma pratique personnelle, le dénombrement des malades que j'ai examinés moi-même et opérés, ou fait opérer par mes internes, par conséquent les cas où j'ai pu établir, d'après les règles que j'observe habituellement, l'indication opératoire.

Voici la première partie de cette statistique :

1° 1900.

Appendicites opérées à chaud	3	Guérisons : 2	Morts : 1
A froid, après crise grave	13	— 13	— 0
A froid, après crise légère ou pour appendicite chronique	15	— 15	— 0
Total.	31	30	1

1901.

Opérées à chaud.	6	Guérisons : 4	Morts : 2
A froid, après crise grave	17	— 17	— 0
A froid, après crise légère ou pour appendicite chronique.	20	— 20	— 0
Total.	43	41	2

1902.

Opérées à chaud.	3	Guérisons : 1	Morts : 2
A froid, après crise grave	17	— 17	— 0
A froid, après crise légère ou pour appendicite chronique.	21	— 21	— 0
Total.	41	39	2

2° *Opérations pratiquées à la Pitié*, depuis le 1er mai 1901 jusqu'au 15 novembre 1902 (moins quatre mois de vacances et les opérations faites d'urgence par les chirurgiens de garde)

Opérées à chaud.	11	Guérisons : 8	Morts : 3
A froid, après crise grave	27	— 27	— 0
A froid, après crise légère ou pour appendicite chronique.	50	— 50	— 0
Total.	88	85	3

En réunissant ces deux statistiques nous trouvons :

Opérations à chaud	23	Guérisons : 15	Morts : 8
A froid, après crise grave	74	— 74	— 0
A froid, après crise légère ou pour appendicite chronique	106	— 106	0
Total.	203	195	8

Soit environ 4 pour 100 de mortalité.

En réunissant les cas des deux premières catégories, on trouve 97 appendicites en crise grave avec péritonite plus ou moins étendue; 74 ont pu être soignées et guéries sans accident pour être plus tard opérées à froid. Les autres ont dû être opérées, soit immédiatement quand j'ai pu le faire, soit à une époque plus tardive.

Sur ces 97 cas, j'ai eu 8 morts, soit un peu plus de 8 p. 100.

M. Richelot. — Depuis le jour lointain où j'abordai pour la première fois la question du diagnostic de l'appendicite chez la femme (1), j'ai laissé passer tous les débats sur cette maladie sans prendre la parole. Les brillants discours dont nos tribunes retentissent depuis quelques années m'ont appris beaucoup de choses utiles; mais l'observation des malades a fait mieux encore, en m'habituant à repousser les formules intransigeantes, à invoquer toujours le sens clinique, l'observation, l'instinct qui pèse délicatement les nuances les plus subtiles et laisser pencher la balance du côté du moindre péril.

Je suis loin de prêcher l'abstention dans l'appendicite. J'estime, au contraire, que les appendicites qui guérissent sans nous sont les plus rares, et que le moyen de prévenir les désastres qui éveillent tant de regrets tardifs, est d'opérer toutes celles qui s'imposent à notre attention. Il faut donc agir très souvent, mais agir avec opportunité.

Le fait communiqué par Legueu dans notre séance du 8 octobre dernier a déterminé plusieurs de nos collègues à faire, sur nouveaux frais, l'exposé de leur pratique journalière, de leurs statistiques, de leurs idées sur le traitement de l'appendicite en général. Je n'y vois nul inconvénient, mais je préfère ne pas perdre du vue l'observation de Legueu et m'en tenir à l'examen du point spécial qu'il a voulu mettre en lumière.

« Un enfant de cinq ans refroidissait sans encombre une appendicite aiguë... La période bruyante des premiers accidents était passée... et tout semblait indiquer une détente franche et régulière. » Puis, tout à coup, vomissements, accélération du pouls, refroidissement, mort. A l'autopsie, il y avait un abcès près de l'appendice et une péritonite généralisée; « il est probable que cet abcès s'est brusquement perforé et a déterminé la péritonite... La temporisation est ici, une fois de plus, en défaut ». Ceci veut dire que la « détente régulière » était trompeuse, et qu'on a été surpris, en pleine rémission, par les accidents mortels. Or, notre collègue, appelé à l'hôpital comme chirurgien de garde, n'avait pas encore

(1) De l'appendicite chez la femme, *Soc. de Chir.*, 15 octobre 1890.

vu le petit malade; c'est par ouï-dire qu'il admet une détente régulière avant les accidents, et c'est par hypothèse qu'il croit à l'ouverture brusque, en plein péritoine, d'un abcès d'abord circonscrit. Le seul fait bien établi, c'est qu'on n'était pas inquiet; mais est-il vrai qu'il y avait eu rémission franche, et qu'une forme bénigne d'appendicite s'est tout à coup changée en une forme promptement mortelle?

Voilà le point. On nous dit qu'il ne faut pas se fier à la « bénignité aparente » du début, à l' « accalmie traîtresse » au cours de l'évolution. C'est parfait, et je suis bien d'avis qu'il faut opérer au plus vite si la bénignité n'est qu'apparente et si l'accalmie est traîtresse. Mais n'y a-t-il pas des signes qui les dénoncent? N'y a-t-il pas aussi des bénignités vraies et des accalmies sincères, et faut-il, de peur de se tromper, adopter un système au lieu de se conduire en cliniciens? J'estime, pour ma part, qu'on parle trop légèrement de la bonne mine du patient pendant la période ascendante de son mal, et de la détente relative qui succède à l'orage des premiers jours.

Toutes les fois que la douleur s'est déclarée brusque, violente et que la fièvre n'est pas éphémère, toutes les fois qu'on peut dire « appendicite aiguë et fébrile », le danger existe; il faut y parer, autant que faire se peut, dans les deux premiers jours. On nous parle du diagnostic; mais je ne crois pas que l'appendicite aiguë, observée à ce moment, soit souvent douteuse. Le médecin qui, en pareil cas, temporise de parti pris pour laisser « refroidir », peut avoir des succès, mais commet une imprudence; car tout d'abord l'organisme résiste, et nul indice constant ne fait prévoir ce qui adviendra les jours suivants, si la crise va tourner court et finir d'elle-même, ou si l'appendice ulcéré, gangrené, répandra microbes et toxines autour de lui. Nélaton nous donne, comme un signe de mauvais augure, l'altération des traits; d'accord, mais elle n'existe pas toujours dès les premières heures. Ceux qui auront les traits altérés le troisième jour et mourront le quatrième, commencent très souvent par payer de mine. Tout récemment encore, j'ai opéré dans ces conditions une jeune femme de vingt-neuf ans; trente-six heures après le début, elle était sans ballonnement et n'avait pas vomi; douleur atténuée, palpation facile, petite tuméfaction très nette au-dessous du point de Mac Burney, pouls fréquent et régulier, température 38°6. Les yeux étaient à peine cernés, et la jeune femme n'accusait qu'un léger malaise; personne ne croyait au danger, sauf le médecin qui m'avait appelé. Il n'y avait, peut-être, aucun signe très alarmant, mais nous étions dans la période ascendante d'une appendicite aiguë et fébrile, et dans cette période il faut toujours s'alarmer; 38°6 et la

fréquence du pouls suffisaient largement. J'opérai le jour même, et je trouvai un appendice gangréné, en plein péritoine, sans pus ni adhérences, qui s'était creusé une large gouttière dans la paroi épaissie et congestionnée du cæcum; opération délicate, large drainage, suppuration fétide les jours suivants, guérison. J'ai à peine besoin d'ajouter que, malgré la « bénignité apparente » des symptômes, cette malade était sur le bord de la tombe, et que sans nul doute, si j'avais attendu, elle serait morte. Un chirurgien temporisateur aurait vu quelque matin la situation tourner court; il aurait parlé d'accidents subits et que rien ne faisait prévoir, parce que la suite naturelle d'un état qu'il ne comprenait pas aurait été pour lui l'occasion d'un brusque réveil. Nélaton nous dit qu'une douleur fixe, persistante et vive doit nous avertir; je le veux bien, mais chez ma malade il n'y avait rien de pareil. Quénu insiste, au contraire, sur la douleur diffuse; celle-ci peut avoir une valeur séméiologique et je suis tout prêt à en tenir compte, mais elle n'est pas constante, car je n'ai vu, dans le cas susdit, qu'un minimum de sensibilité et de défense musculaire, et la malade n'en avait pas moins une appendicite gangréneuse. Ainsi, à défaut de grands symptômes, l'acuité, la fièvre sont des signes de gravité suffisante; elles ne démontrent pas, mais elles rendent possible une lésion mortelle, et quand on les observe il peut toujours arriver malheur. Aussi devons-nous, en pareille conjoncture, opérer d'urgence, et cela d'autant mieux que, dans les quarante-huit heures, l'opération réussit presque invariablement.

Voilà pour le début. Mais que faut-il faire, si nous voyons le malade à une période plus tardive, quand la crise est apaisée? On vous raconte l'invasion du mal à grand fracas, on vous parle de rémission; allez-vous y croire, si vous lisez l'urgence sur la face du malade? La douleur a diminué, la température est à 38 degrés, le ventre est à peine ballonné ou même ne l'est pas du tout; l'hyperesthésie de la fosse iliaque, sans matité, sans gros empâtement, ne révèle pas de graves désordres autour de l'appendice. Routier avance que « la palpation ne donne rien »; l'expression dépasse le but, il veut dire que la palpation ne révèle pas l'état réel de l'appendice, mais il faut savoir que les gros plastrons sont plutôt signes de bénignité, et que si, au contraire, il y a peu de chose dans la fosse iliaque, avec un mouvement fébrile oscillant ou continu, si léger qu'il soit, une lésion diffuse est probable. En même temps, le visage est altéré, les ailes du nez ont quelquefois de légers frémissements, une apparence d'anxiété indéfinissable, inaperçue des profanes, contredit l'optimisme des réponses. L'albumine dans l'urine est un symptôme grossier, qui vient sou-

ligner ce que devine le clinicien; on insiste avec juste raison sur la dissociation du pouls et de la température. Infecté, intoxiqué, peu importe le mot, il est évident que le mal progresse et pour sûr ne se refroidira pas. Il est déjà bien tard pour intervenir, mais ce n'est qu'une raison de plus pour faire diligence, et souvent on réussit.

Quelle différence entre cet état précaire et la rémission franche! L'accalmie traîtresse? Mais il faut être assez médecin pour ne pas se laisser trahir. Nombre d'appendicites aiguës et fébriles observées après cinq ou six jours, ont tout autre figure. Le médecin attentif qui tout à l'heure savait dépister l'infection grave, le cas insidieux et mortel, et sur de faibles indices prenait en hâte le bistouri, sent très bien ici qu'il est moins pressé d'agir. Certes, il y a des cas obscurs, où nous cherchons avec peine cette impression qui nous guiderait et qui semble nous fuir; le jugement n'est pas toujours facile, et je déclare que, s'il y a hésitation, en général on ne doit pas s'abstenir, car c'est risquer de voir le malade traîner d'abord, puis s'affaiblir tout à coup et succomber après une opération tardive. Mais je prétends qu'un bon clinicien n'est pas si souvent embarrassé, et qu'en présence de la rémission franche il prend son temps, pèse le pour et le contre, et finalement temporise. Pourquoi? Parce que la maladie a duré sans donner ces faibles indices qu'il faut savoir découvrir; parce que dans la fosse iliaque, plus mate et plus empâtée, est une lésion locale, un foyer circonscrit; parce qu'il n'y a pas d'infection grave et que l'organisme n'est pas sérieusement touché. Est-ce l'atténuation de la douleur qui vous inspire confiance? non; est-ce l'abaissement de la température? Non certes, car on meurt à 37 degrés. Est-ce le pouls, qui est solide et régulier? non encore. Mais c'est le facies du malade, son aspect, sa manière d'être; ni abattement, ni anxiété, ni optimisme factice; les traits sont reposés, il a le calme vrai auquel ne peut se tromper l'observateur sagace. Avez-vous peur d'une poussée nouvelle, d'une recrudescence? Jamais; les recrudescences appartiennent aux formes diffuses et progressives dont j'ai parlé tout à l'heure, elles sont des continuations; elles vous surprennent parce que vous avez cru trop vite à la guérison. Regardez vos malades! Mettez à leur place les signes secondaires, la douleur, la température, tout cela n'est rien ou presque rien; sachez voir, à travers les variations de la sensibilité et de la fièvre, que le mal ne désarme pas. Si les traits sont tirés, si le visage est pâle et terreux, c'est trop simple; il y a des sujets gros et gras, qu'une maladie grave, durant depuis trois jours, n'a pas eu le temps de dégonfler et de jaunir. Et cependant, ils ont mauvaise mine; ils ont l'*optimisme anxieux* dont j'ai parlé; ce mot-là,

je vous le donne pour ce qu'il vaut, je n'en trouve pas de satisfaisant pour noter les minces détails qui composent l'impression du clinicien, mais cherchez-la, cette impression, et sentez que, malgré l'atténuation passagère des symptômes, vous conservez la même incertitude du lendemain, le même besoin d'agir avant qu'il ne soit trop tard.

Je sais combien la question que je traite en ce moment est délicate ; je sais que les novices ne sont pas seuls à avoir sur la conscience quelque désastre imprévu, quelque coup de théâtre dont ils ont gardé un amer souvenir : le malade allait bien, on n'avait pas d'inquiétude, et tout à coup les symptômes graves ont éclaté. Eh bien, je crois qu'on a tort de répéter qu'après un début sans alarmes ou une amélioration certaine, l'appendicite peut subitement changer d'allure et entraîner des accidents mortels. Ces changements à vue, ces transformations soudaines et absolues, je ne les connais pas; les faits qu'on a cités sont des malentendus. Je pense qu'ayant le parti pris d'opérer à froid, les chirurgiens ont méconnu la gravité toujours probable d'une appendicite aiguë observée dans sa période ascendante, ou sa gravité persistante — et qu'ils auraient dû voir, après l'amendement de quelque symptôme secondaire. Reclus a justement recommandé d'agir « pour peu que la maladie soit stationnaire » et permis d'attendre « si la défervescence est vraiment nette ». Je dis à mon tour : les aggravations inattendues sont la continuation naturelle d'un état qui aurait dû vous inquiéter ; la malade n'allait pas bien. Un foyer appendiculaire circonscrit par les adhérences s'ouvre partout à la longue, excepté dans le péritoine; pas plus qu'une trompe, il ne crève inopinément de ce côté. Cela se dit, mais ne se voit pas; ce qu'on voit, c'est une infection mal limitée, un appendice très malade, voire même gangréné, mais sans foyer purulent, sans adhérences protectrices, un malade qui souffre peu et une famille qui ne s'effraie pas, puis, un beau jour, le péritoine envahi et l'organisme qui fléchit tout à coup. Si un médecin ne montre pas, en pareil cas, plus de compétence que le malade et sa famille, c'est grand dommage. Il n'a jamais le droit de se croire en sécurité pendant les premiers jours d'une appendicite aiguë et fébrile; aux autres périodes, il doit savoir s'alarmer quand la situation traîne, et ne pas prendre un patient qui ne se plaint pas pour un homme qui guérit.

Si j'insiste avec tant de force pour qu'on distingue nettement l'accalmie traîtresse de la rémission franche, ce n'est pas seulement à cause des dangers qu'on fait courir au malade en s'abstenant quand il faudrait agir, c'est aussi parce que la rémission franche autorise, haut la main, la temporisation. Autant je me

presse d'opérer au début des appendicites aiguës, autant je m'éloigne de ceux qui se jettent aveuglément, sur toutes les appendicites qu'ils rencontrent, à n'importe quel moment et dans n'importe quelle condition. Et ici, je ne veux pas répéter les arguments connus touchant la virulence du pus, la recherche de l'appendice, les fistules, les éventrations ; je dirai seulement que je ne comprends pas l'assurance avec laquelle on nie la gravité de certaines opérations, dans lesquelles le chirurgien, à travers un péritoine libre d'adhérences, va chercher derrière le cæcum une collection fétide; ou décolle, au voisinage d'anses mobiles et saines, l'extrémité perforée de l'appendice. Je ne crois pas qu'on puisse nier, en présence d'une appendicite qui tourne bien, l'avantage de la laisser devenir tout à fait bénigne, et d'opérer quand il y a un maximum d'adhérences et un minimum de pus, ou quand l'appendice est devenu sec et le drainage inutile.

A plus forte raison devons-nous recommander la modération dans les appendicites originellement bénignes. Combien n'y en a-t-il pas qui, dès le début, montrent leurs vraies allures et à aucun moment n'inspirent de craintes ! Ces cas-là se jugent et se reconnaissent; tout médecin éclairé, prévenu des responsabilités qu'il encourt, en a par devers lui des exemples.

Et puis, il y a les appendicites douteuses, les diagnostics incertains qui n'appartiennent guère aux formes aiguës, mais plutôt aux formes lentes, à contours mal dessinés; il y a les appendicites qui n'existent pas, les douleurs à droite — pures névralgies ou vagues localisations de l'entéro-colite — décorées de ce nom terrible par un entraînement qui est de mode aujourd'hui. Et je ne parle, bien entendu, que des entraînements sincères.

Je m'arrête, ne voulant pas aborder tous les points en litige, et laissant de côté, à dessein, toute la série des appendicites légères, subaiguës ou chroniques, récidivantes. Il s'agit surtout, dans le présent débat, des formes aiguës et des surprises désagréables qu'elles ont trop souvent causées. Or, le meilleur moyen de n'être pas surpris est de les arrêter court, toutes les fois qu'on le peut, par une intervention précoce. Mais si on les observe en cours d'évolution, il est d'un médecin de ne pas laisser mourir, les bras croisés, celles qui tournent mal, et de savoir composer, au contraire, avec celles qui tournent bien. Et je dis toujours à ceux qui suivent ma pratique : soyez très radicaux avec les appendicites commençantes, et très cliniciens avec les appendicites prolongées.

Communication.

Périnéorraphie par interposition.

par M. PIERRE DELBET.

Messieurs, je vous demande la permission de vous exposer très brièvement un procédé de périnéorraphie que j'emploie depuis plusieurs années. J'ai failli le communiquer au Congrès de chirurgie de 1896. J'étais inscrit. Quelques instants avant de prendre la parole, j'exécutais sur le tableau noir des dessins destinés à rendre plus facile la compréhension de ce que j'allais dire, quand un de nos collègues, mon ami Ricard, si j'ai bonne mémoire, vint à passer et me pria de lui indiquer le but de ma communication. Je le fis en quelques mots. Tout de suite il m'arrêta, me disant que le procédé était décrit. J'effaçai mon dessin, je ne fis pas ma communication et restai convaincu jusqu'à ces derniers temps que j'employais sans le savoir le procédé d'un autre.

Les explications que j'avais données à Ricard avaient été trop brèves, trop incomplètes pour qu'il ait bien pu saisir ma manière de faire. En réalité, le procédé n'avait été employé par personne et j'ai appris ces jours-ci qu'il avait été imaginé à nouveau tout récemment par un de nos jeunes confrères; c'est ce qui m'a décidé à vous en entretenir et à vous montrer ses résultats. J'ai réuni à la hâte quatre de mes opérées.

Le procédé consiste essentiellement à interposer entre le rectum et le vagin séparés par la dissection, les releveurs de l'anus et les débris des muscles périnéaux.

Je serai très bref sur la technique. Il serait inconvenant d'insister devant vous sur des détails qui seraient nécessaires à un débutant.

Je fais, avec des ciseaux courbes et pointus, une incision demi-circulaire qui suit le limbe cutanéo-muqueux et remonte de chaque côté à un centimètre et demi ou deux centimètres du méat urinaire.

L'incision faite, il s'agit de pénétrer dans la cloison recto-vaginale pour séparer largement le rectum du vagin. Pour cela, il faut disséquer dans la partie moyenne de la plaie. On a d'abord à traverser un noyau cicatriciel plus ou moins épais, qui remonte plus ou moins haut. Quand on arrive à sa partie supérieure, on rencontre souvent des fibres musculaires longitudinales qui appar-

tiennent au rectum (1) mais qui adhèrent au vagin. Il faut soigneusement les détacher de la paroi vaginale. Cela fait, on tombe dans un espace lamelleux, d'apparence séreuse parfois, où le doigt pénètre aisément pour séparer le rectum du vagin. En un instant, on remonte jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

Ce cul-de-sac, je l'ai quelquefois ouvert, et je crois qu'il y a intérêt à le faire, lorsqu'il descend très bas, ce qui est fréquent dans les vieux prolapsus. — En créant des adhérences artificielles entre les deux feuillets, on diminue les chances de glissement. Si l'on ne veut pas l'ouvrir, il faut, lorsqu'il descend très bas, le refouler en haut pour faire une bonne opération. Le décollement doit aller jusqu'au niveau du col utérin.

Ce temps accompli, je dirige la dissection sur les parties latérates, vers l'aponévrose de l'obturateur interne. C'est là qu'on trouve les fibres du releveur de l'anus, toujours très facilement visibles et aisément reconnaissables à leur direction. Il faut les disséquer aussi haut, aussi loin qu'on peut.

Reste à faire la suture. Je la fais toujours à fils perdus, sauf pour la peau. J'emploie habituellement le catgut mais j'ai vu un cas où certainement le catgut s'est résorbé trop vite. Alors que le résultat immédiat était excellent, le résultat éloigné a été médiocre. Aussi j'emploie maintenant des catguts forts et quelquefois, ainsi que je l'ai dit ici à propos d'une communication de M. Gérard Marchant, des fils d'argent. On obtient avec ces derniers un périnée d'une résistance bien supérieure à celle du meilleur périnée normal, mais ils blindent le vagin. Aussi, pour les employer, faut-il être bien sûr qu'ils ne gêneront ni ne blesseront personne, et cela n'est point toujours aisé, car les passions se flétrissent parfois moins vite que la peau.

Le premier fil, le plus élevé, le plus profond, qu'il soit de catgut ou d'argent, je le place aussi haut que je le puis sur les releveurs. Je le passe avec une aiguille coudée et courbe, et je le passe en deux fois. Dans ces vieilles déchirures, les bords internes des deux releveurs sont trop éloignés l'un de l'autre pour qu'on puisse les prendre d'un seul coup dans la courbe d'une aiguille.

Lorsqu'on serre ce fil, les deux releveurs, sans qu'il se fasse de solution de continuité du côté de l'aponévrose obturatrice, se tendent comme un rideau qui s'interpose entre le vagin et le rectum.

Tous ceux qui m'ont vu opérer ont été frappés du résultat de ce temps de l'opération. L'interposition de ce rideau tendu est très saisissante. On sent, on voit qu'on a reconstitué une sangle efficace.

(1) Je ne crois pas avoir besoin de dire que je ne mets jamais le doigt dans le rectum.

Je place ensuite un ou deux autres fils sur les releveurs en me rapprochant du pubis, puis deux ou trois fils qui prennent, en rasant l'aponévrose obturatrice, tout ce qui reste de débris musculaires entre les releveurs et la peau. La règle est d'affronter tout sans laisser aucun espace mort. Aussi les fils de suture suffisent-ils à faire l'hémostase ; il n'y a pas besoin de ligature.

Je termine par la suture cutanée que je fais toujours au fil d'argent. Pour éviter les espaces morts, ce qui est important, car je ne fais aucune espèce de drainage, il est bon qu'un fil sur deux prenne les parties sous-jacentes déjà affrontées.

A la fin, on éprouve une certaine difficulté pour affronter la muqueuse du vagin à la peau au niveau de la nouvelle fourchette, car la paroi vaginale est exubérante. Souvent, j'en résèque un lambeau transversal. Même après résection, elle reste trop large, elle se plisse, se godronne, et l'affrontement n'est pas parfait.

Si l'on voulait obtenir un affrontement parfait, il faudrait rétrécir le vagin en réséquant un lambeau dont le grand axe serait dirigé du col de l'utérus à la vulve. Le résultat de cette résection serait de donner une ligne de suture située dans le plan antéro-postérieur, au travers de laquelle les sécrétions utérines toujours suspectes pourraient s'infiltrer dans l'épaisseur du périnée. Je crois que ce serait déplorable. Jamais je ne fais de résection dans ce sens. J'aime mieux avoir au niveau de la fourchette quelques plis irréguliers qui s'effacent, et conserver cette paroi vaginale qui recouvre et protège efficacement le périnée reconstitué. Je crois que c'est à cela que je dois de n'avoir jamais eu d'échec.

Je n'ai eu en vue jusqu'ici que les ruptures incomplètes. Mais la technique que je viens de décrire s'applique tout aussi bien aux ruptures complètes. Il suffit de modifier l'incision pour lui faire suivre dans sa partie moyenne la ligne de jonction de la muqueuse vaginale à la muqueuse rectale, et de faire un plan de sutures perdues sur la paroi du rectum. Je ne veux point insister sur ces détails. Je n'ai eu qu'une fois l'occasion d'opérer une rupture complète. Cette rupture intéressait non-seulement la totalité du sphincter, mais elle remontait sur le rectum a trois centimètres au-dessus. Le résultat a été parfait. Mon opérée a eu depuis un enfant à terme, sans que son périnée refait ait cédé le moins du monde.

Le même procédé pourrait s'appliquer aux fistules recto-vaginales, mais je n'ai pas eu l'occasion de l'employer dans des cas de ce genre.

Vous pourrez voir les résultats de mon procédé sur quatre malades que j'ai fait venir. Chez toutes, j'ai fait en même temps une colporraphie antérieure, par un procédé qui m'est personnel;

chez deux, j'ai fait aussi l'amputation du col hypertrophié, mais je n'insiste pas sur ces points, car c'est sur la périnéorraphie proprement dite que je veux attirer votre attention.

Chez deux de ces malades, âgées de 62 ans, j'ai fait la suture profonde, la suture perdue au fil d'argent. L'une a été opérée le 15 avril, l'autre le 24 mai 1902, il y a donc sept mois pour l'une, six mois pour l'autre. Vous savez combien il est difficile d'obtenir une bonne contention du prolapsus, chez les femmes de cet âge dont les tissus ont perdu toute résistance. Vous pourrez constater ici que le résultat est parfait. Par le toucher, on sent très bien les fils d'argent au travers de la paroi vaginale. Entre eux, les tissus n'ont pas grande résistance, on a l'impression très nette que si on avait employé des fils résorbables, le résultat aurait été médiocre.

Je crois que, dans certains cas où les débris du périnée disjoint sont très atrophiés, il y aurait intérêt à faire une sorte de treillis de fils d'argent s'appuyant de chaque côté sur l'aponévrose obturatrice.

Les deux autres malades ont été suturées au catgut. L'une âgée de soixante-deux ans a été opérée le 5 août de cette année; l'autre, âgée de quarante-quatre ans, l'a été le 26 août 1901. Chez cette dernière, l'opération date donc de près de quinze mois. On peut juger des résultats obtenus.

M. Ricard. — J'ai fort bien conservé le souvenir du conseil que j'ai donné à M. Delbet, et j'avoue que je ne pensais pas que le procédé qu'il préconise fût inédit, tellement je le considérais comme appartenant à la pratique courante.

Depuis bien longtemps, j'insiste près de mes élèves sur la nécessité de poursuivre très haut le décollement latéral, dans la périnéorraphie, pour mettre à nu les releveurs rétractés et les prendre distinctement dans les fils de suture.

La constriction de ces fils qui prennent largement en bourse les parties molles du périnée approche l'un de l'autre les deux releveurs et reconstitue la sangle musculaire défaillante.

La suture des releveurs à point spécial, et au fil d'argent à demeure, constitue l'originalité de la technique de M. Delbet. Reste à savoir si ce point de détail est un perfectionnement utile ; je ne le crois pas.

M. Pierre Delbet. — Je ne suis pas surpris que mon ami Ricard emploie un procédé analogue au mien. L'idée en est si simple qu'elle a dû se présenter à d'autres. Mais, je le répète, le point qui me paraît fondamental, l'interposition des releveurs, je ne l'ai vu décrit nulle part.

Présentations de malades.

Ulcération du sein.

M. Walther. — Je vous présente une malade âgée de soixante-huit ans, atteinte depuis dix-huit mois d'une ulcération du sein qui me paraît être un épithélioma d'origine cutanée ayant peu à peu creusé les téguments et les couches sous-cutanées pour atteindre la glande qui reste souple. Il n'y a pas d'adénopathie. Cette ulcération, qui présentait surtout au début certains caractères spécifiques, contour polycyclique, absence d'induration, absence de ganglions, a été modifiée par le traitement spécifique qui a amené une cicatrisation partielle des bords en certains points et une diminution d'étendue de la cavité.

Vous pouvez voir qu'à la partie externe et supérieure l'aspect n'est nullemeut celui d'un néoplasme. Le fond offre au contraire tous les caractères de l'épithélioma.

Rhinoplastie par la méthode italienne associée au renversement d'un lambeau fronto-nasal destiné à doubler le lambeau brachial.

M. Paul Berger. — Si je présente cette opérée à la première période de la restauration nasale que j'ai entreprise chez elle, c'est pour vous montrer ce que l'on peut obtenir, dans les cas de destruction complète du nez, par l'adossement de deux lambeaux, l'un emprunté aux téguments du front et de la racine du nez, l'autre emprunté au bras, lambeaux que l'on réunit par leurs bords de manière à en former une sorte de trompe, entièrement recouverte de peau, qui s'implante à la racine du nez et aux dépens de laquelle on peut reconstituer la presque totalité de cet organe ; c'est la troisième fois que j'ai recours à ce procédé que je suis le premier à avoir conseillé et mis à exécution.

On commence par tailler sur la peau du front et de la racine du nez un lambeau à peu près quadrilatéral, dont le sommet est dirigé en avant, dont la base prend son implantation sur la racine du nez, à un travers de doigt au-dessus du trou qui représente l'orifice des fosses nasales : ce lambeau, que je prends aussi large que possible sans toutefois risquer d'intéresser les voies lacrymales à droite et à gauche, doit présenter une longueur suffisante pour que son sommet rabattu de haut en bas, corresponde au moins au bord inférieur de l'orifice des fosses nasales : on le dissèque

de haut en bas, et on le rabat en le retournant, de telle sorte que, tombant devant l'orifice béant des fosses nasales, comme un tablier, il tourne vers lui sa face cutanée.

On taille alors suivant les règles ordinaires le lambeau brachial qui vient s'appliquer par son sommet et par ses deux bords sur le sommet et sur les deux bords de la plaie d'avivement déterminés par la direction du lambeau fronto-nasal.

La face cruentée du pédicule du lambeau brachial est alors juxtaposée à la face cruentée du lambeau fronto-nasal retourné, et on unit les bords latéraux de ces deux lambeaux par une suture constituée de points très nombreux et très superficiels. Le sommet du lambeau frontal peut être uni par un ou deux points de suture à la plaie d'emprunt du bras lui-même; cela donne à la réunion du bras à la face une grande solidité.

Quand, au bout d'une dizaine de jours, on a coupé le pédicule du lambeau brachial et séparé le bras de la face, le lambeau, solidement uni au front et à la racine du nez par son sommet, se prolonge, par son pédicule doublé du lambeau fronto-nasal, comme une trompe épaisse, solide, recouverte de peau de toutes parts. On peut voir que cette trompe reconstitue à elle seule un appendice nasal présentant une forme, un volume, une saillie à peu près suffisants.

Pour parfaire la restauration, il nous suffira, ce que je compte faire demain, de détacher les deux bords de l'orifice antérieur des fosses nasales en en formant deux valves latérales, ostéo-cutanéo-muqueuses, implantées par leur base aux deux côtés de cet orifice au niveau de ses angles inférieurs et dont le sommet, rabattu et tourné en avant, viendra de chaque côté s'implanter dans un avivement pratiqué vers la pointe de la trompe formée par les lambeaux adossés. Ces deux valves reconstitueront les ailes du nez : pour refaire la sous-cloison, je compte renverser de même, d'arrière en avant, une languette détachée, avec la pince coupante, de la cloison des fosses nasales. — Je vous présenterai le résultat de cette opération complémentaire.

Ecrasement du membre supérieur gauche, avec large ouverture de l'articulation du coude et fracture compliquée de l'humérus; conservation.

M. E. Kirmisson. — Messieurs, permettez-moi de vous présenter un jeune garçon de douze ans qui montre jusqu'où peuvent aller les résultats de la chirurgie conservatrice chez les enfants.

Le 8 mai, au matin, cet enfant jouant dans la gare de Monte-

reau, eut le bras gauche écrasé par un wagon : il fut apporté à l'hôpital le soir même à dix heures. Je le vis le lendemain matin 9 mai ; je pratiquai immédiatement l'examen du membre sous le chloroforme, et je notai ce qui suit : il existe, au niveau de la région postérieure du coude une large plaie à lambeaux déchiquetés, irréguliers, comprenant au moins les trois quarts de la circonférence du membre et mesurant 15 centimètres de longueur. A travers cette vaste plaie, on aperçoit l'extrémité inférieure de l'humérus dénudée. L'articulation du coude est largement ouverte, l'épitrochlée est détachée avec quelques lambeaux aponévrotiques qni y restent adhérents. Au-dessus de cette large perte de substance, existe au bras une autre petite plaie verticale de 3 centimètres de longueur à peine, permettant le passage du doigt. On arrive à ce niveau sur l'humérus fracturé obliquement, de haut en bas et de dehors en dedans.

Une pareille situation paraissait commander l'amputation ; toutefois, il y avait une circonstance qui plaidait en faveur de la conservation, à savoir que les vaisseaux et les nerfs principaux du membre étaient intacts. Aussi, après bien des hésitations, je me décidai à tenter la conservation. Toutefois, cette vaste plaie contuse des parties molles, la large ouverture du coude, une fracture compliquée de l'humérus, tout cela me paraissait une situation trop complexe pour que le malade pût résister.

Je résolus donc de simplifier le foyer traumatique ; pour cela, j'enlevai le fragment inférieur de l'humérus y compris la surface articulaire, ce qui fut d'autant plus facile que l'os était complètement dénudé de son périoste.

Le fragment d'humérus ainsi enlevé mesure, au côté externe, 9 centimètres, et 7 centimètres et demi, au côté interne. Ceci fait, on aperçoit l'extrémité supérieure du cubitus dénudée de son périoste. Le nerf cubital, à nu, est intact. Le fragment épitrochléen détaché est enlevé également.

Toute la surface de la plaie est touchée à l'acide phénique pur et à l'alcool. Deux gros drains, adossés en canon de fusil, vont de la petite plaie supérieure à la grande plaie du coude.

Je dois dire que, dès son entrée, le malade avait reçu une injection de sérum antitétanique. Les résultats de cette tentative de conservation ont été des plus heureux.

La température est restée élevée pendant huit jours seulement ; la cicatrisation s'est produite sans incidents, après élimination de quelques eschares. Le malade a quitté l'hôpital le 2 août. Il nous revient aujourd'hui pour recevoir un appareil prothétique.

Sans doute le résultat obtenu n'est pas parfait ; il reste une mobilité très exagérée au niveau de l'articulation du coude ;

d'autre part, les mouvements de pronation et de supination sont supprimés, les doigts sont légèrement rétractés. Mais, du moins, il a une main qui lui permet de saisir et de serrer complètement les objets.

N'est-ce pas là un résultat excellent, si on le compare à la triste situation d'un malade qui a subi une amputation totale du membre supérieur? Pour ma part, je suis plus heureux de cette conservation que du plus beau résultat opératoire.

Appendicite calculeuse aiguë : opération à chaud. Pleurésie séreuse interlobaire « à gauche ». Pleurésie purulente « à gauche ». Pleurotomie. Guérison.

M. Guinard. — Je vous présente un petit garçon de onze ans, pour lequel j'ai été appelé le 18 avril de cette année, par le Dr Haury. Depuis 48 heures, il souffrait d'une violente crise d'appendicite, la première. J'opérai immédiatement dans l'après-midi, et je trouvai un appendice sphacélé avec un calcul phosphatique du volume d'une noisette.

L'infection n'était pas généralisée à tout le péritoine.

Six jours après, les symptômes redevinrent menaçants, et un point de côté violent à gauche attira mon attention. Après plusieurs ponctions blanches, je tombai dans une collection interlobaire, d'où je retirai 350 grammes de liquide séreux.

Après une légère amélioration, l'état général devint de plus en plus menaçant, et 18 jours après l'opération sur l'appendice, je me mis en devoir de rechercher du pus du côté du thorax, *à gauche*. Je lardai l'enfant de ponctions, dont l'une pénétra même dans l'estomac. Elles restèrent blanches. Malgré cela je me décidai à opérer *in extremis*, et à faire une pleurotomie exploratrice. J'enlevai donc 5 centimètres de la 8e côte gauche et je tombai dans un foyer infect, compris entre le diaphragme et la base du poumon. Contre toute attente, l'enfant, comme vous voyez, est bien guéri.

Les pleurésies gauches dans l'appendicite sont si rares que je n'en connais qu'un seul exemple dans notre littérature. Il n'y a là ni contiguïté, ni continuité avec une infection péritonéale : il s'agit donc bien d'une localisation à distance d'une septicémie d'origine appendiculaire. (Tous les détails de l'observation seront publiés dans *les Comptes rendus du Congrès de Chirurgie de* 1902.)

Malade ayant subi trois fois la taille hypogastrique pour tumeurs de la vessie.

M. J. Albarran. — J'ai pratiqué trois fois la taille hypogastrique chez le malade que je vous présente : la première fois en mai 1893; la deuxième fois en janvier 1895; la troisième fois le 25 octobre dernier.

Cet homme était âgé de cinquante ans lorsque je le vis pour la première fois en 1893. Depuis deux ans déjà il présentait des hématuries abondantes, spontanées dans leur apparition, indolores lorsqu'il ne se formait pas de caillots. La répétition et l'abondance des hématuries avaient épuisé le malade et je le vis dans un état grave, d'anémie extrême. Je passe sur les détails de l'examen de l'appareil urinaire qui était sain, la vessie exceptée. Au double palper, on diagnostiquait aisément, la vessie ayant été vidée, l'existence d'une volumineuse tumeur vésicale sans infiltration apparente de la paroi. Le 1er mai 1893, je fis la taille hypogastrique et j'extirpai une énorme masse néoplasique, qui distendait la vessie : l'abondance de l'hémorragie m'obligea à arracher la tumeur avec les doigts pour arriver rapidement sur le pédicule.

Lorsque la masse molle de la tumeur eut été enlevée, je constatai qu'il existait trois pédicules distincts, siégeant tous trois dans la partie postérieure de la vessie en arrière du trigone : dans aucun point la vessie ne me parut infiltrée. Je sectionnai les pédicules en réséquant de dedans en dehors leur point d'implantation sans traverser toute l'épaisseur de la vessie et je suturai les plaies ainsi faites. Fermeture complète de la vessie; sonde à demeure. Le malade sortit guéri le vingt-deuxième jour après l'opération.

L'examen histologique de la tumeur enlevée démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

En janvier 1895, un an et demi après cette intervention, le malade revint me voir parce que les hématuries avaient reparu. L'examen cystoscopique me fit voir une tumeur vésicale polypeuse, trop volumineuse pour qu'il me fût possible d'apercevoir le pédicule : au double palper je ne notai pas d'infiltration de la paroi. Deuxième taille hypogastrique sur mon ancienne cicatrice; sans difficulté j'extirpai une tumeur pédiculée de la grosseur d'une petite orange située à droite et en arrière, touchant presque à l'uretère droit. A côté du pédicule de cette tumeur principale, s'en trouvait une autre plus petite qu'une noisette, à pédicule mince. Suture des plaies pédiculaires. Réunion primitive de la vessie. Le malade part guéri le vingt et unième jour.

A l'examen microscopique, je constate que les deux tumeurs enlevées sont des papillomes cylindriques : un point de la tumeur la plus volumineuse est douteux au point de vue de l'épithélioma.

Sept années passent pendant lesquelles le malade jouit d'une excellente santé, mais, au mois de septembre dernier, la miction commence à devenir difficile. Bientôt la rétention devient complète et le malade se sondait déjà depuis une vingtaine de jours lorsqu'il vint me voir le 19 octobre 1902. Les hématuries n'ont plus reparu depuis 1895.

A l'examen je trouve la prostate un peu volumineuse, mais je ne puis constater au double palper aucun épaississement des parois de la vessie. Par l'examen cystoscopique, je reconnais l'existence de masses néoplasiques entourant le col de la vessie. Troisième taille hypogastrique portant sur la cicatrice des opérations précédentes : cette fois, le péritoine est accidentellement ouvert et suturé. Pendant l'opération, je constate qu'il n'y a pas de récidive des anciennes tumeurs ; sauf une cicatrice en arrière du trigone, on ne voit pas la trace des opérations précédentes. Autour du col existe une masse néoplasique du volume d'une petite mandarine formée par trois tumeurs pédiculées que j'extirpe, mais je ne réussis pas à suturer la muqueuse vésicale et je dois tamponner. Fermeture partielle de la vessie en laissant la place pour une mèche de gaze qui tamponne le col et pour les tubes syphons. Tamponnement enlevé après quarante-huit heures ; le 8e jour, sonde à demeure au lieu des tubes siphons. La sonde est enlevée le 18e jour et le malade part guéri le 23e jour. Il y a aujourd'hui vingt-cinq jours que ce malade a été opéré pour la troisième fois.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Elle montre bien que, même après trois tailles hypogastriques portant sur la même ligne d'incision, on peut avoir une excellente paroi abdominale. Il n'existe chez ce malade aucune trace d'éventration et, à voir sa cicatrice, on dirait qu'une seule taille a été pratiquée.

Il est à remarquer chez mon malade que les trois opérations ont été faites pour des tumeurs différentes : il n'y a pas eu récidive des tumeurs primitivement opérées, mais bien néoformation de nouvelles néoplasies comme le démontrent le siège et la nature des tumeurs enlevées successivement.

Je ferai remarquer enfin que la première tumeur enlevée, il y a plus de neuf ans, était un épithélioma et qu'elle ne s'est pas reproduite quoique je n'aie pas fait une véritable résection de la vessie. Lorsqu'une tumeur de la vessie est pédiculée et que la transformation épithéliomateuse s'est faite dans la portion épanouie de la tumeur, on peut avoir de ces succès durables si le pédicule n'est pas encore infiltré. Dans les épithéliomas pariétaux, les longues

guérisons sont exceptionnelles, même lorsqu'on fait de larges résections de la vessie.

Présentation d'instrument.

Seringue à injection de paraffine à chauffage électrique,
de MM. P. Viollet et A. Gaiffe.

M. Nélaton. — La technique des injections de vaseline, comme moyen de prothèse ou de traitement a été un peu compliquée, le jour où, dans le but d'éviter la possibilité d'accidents parfois graves (1), on a substitué aux mélanges préconisés par l'auteur de la méthode Cersuny, l'emploi des paraffines dures fondant à des températures de 52 degrés et même de 65 degrés au lieu de 40 ou 45 degrés.

La difficulté, avec ce nouveau mode de faire est de maintenir la paraffine en fusion dans le corps de seringue.

Le Dr Paul Viollet et l'électricien M. A. Gaiffe ont cherché à utiliser dans ce but, la chaleur développée par un courant électrique traversant une résistance déterminée.

Ils ont imaginé le petit appareil que voici, qui consiste en une gaîne métallique contenant une bobine de fil fin servant de résistance électrique; dans cette gaîne se place la seringue remplie de paraffine, qu'un double ressort maintient solidement en place; le modèle de seringues stérilisables à piston d'amiante de Straus-Collin conviennent parfaitement, leur structure métallique ayant l'avantage de bien conduire la chaleur.

Il suffit alors de relier par des fils souples la gaîne électrique aux deux pôles d'une pile ou d'accumulateurs tels que ceux qui nous servent habituellement pour l'électro-cautère ou l'éclairage électrique, pour qu'en quelques minutes la température de la gaîne et de son contenu s'élève à 60 ou 70 degrés, température qu'un thermomètre placé dans l'intérieur de la gaîne, à la place de la seringue, permet facilement de vérifier.

Un petit graduateur intercalé sur le trajet des fils permet d'obtenir rapidement la température cherchée, puis de la régler au moyen d'une manette dont il suffit de changer la position au moment voulu.

(1) Voir l'article de M. Viollet, *Gazette des hôpitaux*, juillet 1902, no 74, p. 745.

Les détails de la technique des injections de paraffine ne sont pas modifiés par l'emploi de cet appareil, dont l'avantage est seulement de rendre plus maniables les paraffines à point de fusion élevée, dont l'usage paraît être une garantie d'innocuité dans les applications aujourd'hui si variées de la méthode originale de Cersuny.

Présentations de pièces.

Hématocèle d'origine tubaire, sans rupture de la trompe utérine.

M. E. Potherat. — Le 12 novembre dernier entrait dans mon service de la Maison municipale de santé une jeune femme de trente-quatre ans, vingt-huit jours après ses dernières règles qui d'ailleurs avaient été normales.

Quinze jours avant son admission à l'hôpital la malade avait remarqué la perte de quelques gouttes de sang par la voie vaginale. Deux jours plus tard elle se lève avec la tête lourde, en proie à des vomissements violents, et à des douleurs abdominales sourdes d'abord, puis vives. Les douleurs sont diffuses; elles sont toutefois plus vives *à gauche.*

Avec le repas, un liniment calmant, tout rentre dans l'ordre, mais les mêmes accidents se renouvellent huit jours plus tard; cette fois rien ne fait cesser les accidents, et le médecin de la malade l'envoie à la maison Dubois, avec le diagnostic un peu indécis d'hématocèle par rupture de grossesse extra-utérine, ou d'appendicite.

L'examen que je pratiquai à ce moment me fit porter le diagnostic ferme d'appendicite. En effet, la malade avait une douleur nette, très vive au point de Mac Burney, de la défense musculaire au-devant de la fosse iliaque droite, et plus profondément il existait une masse arrondie, oblongue, avec de la submatité à la percussion. Ajoutez à cela qu'il n'y avait au palper abdominal aucune douleur au-dessus du pubis ni à droite, ni à gauche, que le palper joint au toucher vaginal montrait un utérus haut situé, il est vrai, mais entouré de culs-de-sac absolument souples.

Dans ces conditions, je repoussai nettement le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine, et m'en tins à celui d'appendicite. Ce diagnostic était d'ailleurs généralement accepté par plusieurs médecins et internes qui examinèrent la malade.

L'état général était assez fortement atteint, le faciès grippé; mais la température était à 37 degrés et le pouls à 80, je fis mettre de la glace, je laissai la malade à la diète et j'attendis. Le 13, l'état

est le même. — Mais le 14, le pouls est à 112, bien que la température reste à 37 degrés et l'état général s'aggrave. J'attends encore, mais le 15 le pouls est au delà de 130, l'état général s'est très aggravé ; le faciès est pâle, terreux ; bien que la température soit restée à 37 degrés environ ou plutôt à cause de cela même je me décide à opérer sans retard. Incision de Roux, ouverture de la paroi abdominale. A ma grande surprise je tombe sur un gros caillot occupant la fosse iliaque droite ; en soulevant la paroi, du sang pur, ou du moins une sérosité fortement hématique qui baigne les anses intestinales s'écoule en notable abondance.

Avec la main j'évacue rapidement la fosse iliaque droite du caillot qu'elle contient. J'amène avec lui l'ovaire et la trompe qui étaient fixés dans cette fosse iliaque au milieu du caillot qui lui même était séquestré par des anses intestinales adhérentes autour de la fosse iliaque. La main introduite dans le pelvis montre que celui-ci est libre ; il n'y a rien dans le Douglas, où la sérosité hématique qui baigne les anses intestinales s'accumule assez vite.

L'examen de l'appendice me montra son intégrité absolue au moins à l'œil nu. Il s'agissait donc d'une hématocèle d'origine tubaire, et non d'une appendicite. Voilà le premier point intéressant.

L'examen de la pièce m'en a montré un second non moins digne d'intérêt. La trompe volumineuse, en cornemuse, était distendue par un gros caillot cruorique et fibrineux mais il n'existait nulle part de rupture. L'examen attentif et répété montrait une paroi partout continue ; mais l'exploration du pavillon me montra qu'à ce niveau la trompe était largement béante, et pouvait par conséquent facilement laisser passer le sang épanché dans l'oviducte. Je n'ai pas trouvé de fœtus, mais le caillot intratubaire est fortement adhérent en un point, et il est probable qu'un examen histologique montrerait en ce point l'existence d'une placentation. L'ovaire était polykystique ; il adhérait au péritoine de la fosse iliaque.

En résumé, cette femme avait une hémorragie dans sa trompe, cette hémorragie s'est faite en trois fois, avec une intensité progressive, et le sang s'est déversé dans le ventre par l'orifice du pavillon de cette trompe anormalement fixée dans la fosse iliaque droite.

Par l'incision faite à droite, sans l'agrandir, j'enlevai les annexes droits, j'épongeai le petit bassin et j'y laissai un gros drain. La malade opérée depuis quatre jours pleins, va tout à fait bien, et va guérir selon toutes probabilités.

Néphrostomie pour volumineux calcul du rein.

M. Carlier (de Lille). — Je présente à la Société ce volumineux calcul que j'ai extrait au mois de février du rein droit d'un malade âgé de trente ans. Ce calcul pèse 148 grammes. La masse la plus importante a la forme d'un cœur de carte à jouer et siégeait dans le bassinet.

Le rein, qui était très infecté, fut draîné pendant six semaines, temps au bout duquel le malade quitta l'hôpital, guéri de sa plaie lombaire. Quatre mois plus tard, la cicatrice lombaire se rouvrit en un point par où s'écoula la totalité de l'urine du rein droit.

Le cathétérisme rétrogade de l'uretère me permit de constater que l'obstacle à l'écoulement de l'urine dans la vessie devait siéger près de l'embouchure vésicale de l'uretère. C'est alors qu'explorant la vessie, j'y constatai l'existence d'une tumeur qu'on sentait très bien à l'hypogastre, et dont le malade ne s'était jamais plaint antérieurement.

La cystotomie sus-pubienne permit de constater que la tumeur s'implantait sur les 4/5 de la muqueuse vésicale et n'était justiciable que d'un curettage qui fut fait aussi complet que possible, mais cette opération n'a pas suffi pour libérer définitivement l'embouchure des uretères. Actuellement, le rein droit antérieurement opéré donne chaque jour deux litres d'urine par la fistule lombaire; le rein gauche sécrète peu et est douloureux, bien que la vessie reste fistulée. J'ai proposé au malade de lui faire l'extirpation complète de sa vessie, mais comme il ne supporterait pas l'abouchement des uretères dans l'intestin, j'ai conseillé une néphrostomie du rein gauche, ce qui nécessiterait, il est vrai, le port d'un double appareil, mais débarrasserait définitivement le malade de sa tumeur, qui a toutes les apparences du myxome.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

M. Routier fait observer que c'est lui et non M. Brun qui a déposé la thèse de son élève Milhiet.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. Broca dépose sur le bureau un travail de M. Molinié (de Marseille) intitulé : *Thrombo-phlébite du sinus latéral.* — Le travail de M. Molinié est renvoyé à une commission dont M. Broca est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Discussion sur l'appendicite.

M. Paul Reynier. — Après tout ce qui a été dit dans notre société, au Congrès de Paris, au Congrès de Bruxelles où la majorité des chirurgiens s'était franchement déclarée pour l'expectation armée et l'opportunisme, il semblait qu'il n'y avait plus à

parler du traitement de l'appendicite. Mais l'appendicite est une maladie grave, non seulement pour les malades, mais pour les sociétés savantes. On peut enlever l'appendice aux malades; il est plus difficile de le supprimer des discussions qui s'élèvent au sein des sociétés, dès que le moindre bout en apparaît. Pour mon compte personnel j'aurais désiré ne pas prendre la parole, et prolonger le débat, qui vient de naître. Mais mon ami Segond, dans son plaidoyer éloquent contre l'expectation, m'a tellement pris à partie, que je me trouve bien obligé de lui répondre.

Eh bien, malgré tout le talent déployé par Segond pour défendre ses idées, il me faut lui dire, à mon grand regret, que je ne suis pas encore convaincu des bienfaits de l'intervention systématique. Je voudrais l'être, cependant, car je ne me dissimule pas que ma réputation de chirurgien en grandirait, étant donné qu'il sera toujours plus glorieux de sauver par son bistouri des péritonites généralisées que de les traiter modestement par des vessies de glace et la diète.

Mais contre tous les arguments qu'a donnés Segond se dressent les statistiques de mes collègues expectants comme moi, opportunistes comme moi, auxquelles je joins ma statistique personnelle. Bien qu'il en médise, je dirai à Segond que la comparaison de ces statistiques avec celles des interventionnistes systématiques a une certaine valeur, et montre que les méfaits de l'intervention sont plus nombreux, et moins discutables que ceux de l'expectation.

En 1900, M. Routier nous donnait sa statistique intégrale, et je relevais sur un total de 135 appendicites opérées en pleine crise, 20 morts. Aujourd'hui sa statistique s'est améliorée puisque sur 42 opérations d'appendicite aiguë il a 5 morts, ce qui fait en réunissant les deux statistiques 177 opérations avec 25 morts.

M. Poirier, de son côté, nous donne sa statistique et nous voyons dans une première série 3 morts sur 23 cas. Puis, sa statistique s'améliorant, il arrive cependant à accuser pour sa statistique globale hospitalière 8 p. 100 de mortalité; et pour sa statistique de ville, le chiffre de 30 p. 100.

Or, comparez ces statistiques à celle que nous a donnée mon ami Jalaguier qui sur 136 cas d'appendicite aiguë près desquelles il avait été appelé, en ville comme à l'hôpital, et avait vu sous l'influence de la glace la guérison se produire 121 fois avec résolution complète et 10 fois avec abcès que Jalaguier avait ouverts. 3 malades seulement avaient succombé sur ces 136 malades.

M. Walther nous donne aujourd'hui sa statistique qui lui donne 4 p. 100 seulement de mortalité.

Ma propre statistique est conforme à celle des mes collègues.

En 1900, la statistique que je donnais était de 99 malades vus en pleine crise et, traités par la glace. Or 59 fois la résolution s'était produite et j'avais pu opérer à froid avec une seule mort dont je me suis expliqué au Congrès de chirurgie. Cette mort étant due à ma précipitation à intervenir trop rapidement sans laisser suffisamment refroidir. Je n'avais eu qu'une mort à déplorer pour un malade auprès duquel j'avais été appelé le cinquième jour des accidents et chez lequel le traitement par la glace n'avait pu être institué qu'à ce moment. Donc, 2 morts sur 99 malades. Depuis, ma statistique s'est augmentée de 85 cas nouveaux que j'ai soignés en pleine crise.

Sur ces 85 malades 14 malades ont été opérés le jour même ou le lendemain de leur entrée dans le service sans avoir eu aucune tentative de refroidissement.

7 malades par des chirurgiens du bureau central très interventionnistes; 3 malades ont guéri, 4 malades sont morts; statistique peu encourageante.

7 autres malades ont été opérés par moi ou par mon assistant et ami le Dr Bouglé qui partage ma manière de voir, et pratique l'opportunisme. Dans ces 7 cas nous sommes intervenus parce que le malade arrivait avec des symptômes tellement graves, à une époque déjà tellement avancée des accidents qu'il nous a semblé que l'unique ressource était l'opération. Or, sur ces 7 malades, 5 sont morts, statistique peu encourageante que je ne mettrai pas à l'actif de l'intervention parce que je reconnais que ces cas étaient mauvais et presque désespérés.

C'est ainsi que sur les 3 malades que j'ai opérés personnellement, j'en ai perdu 2 : premièrement un enfant de quinze ans que je voyais avec le Dr Desmons le sixième jour des accidents alors que le ventre était ballonné, les vomissements bilieux incessants. Il avait été traité antérieurement par un autre médecin pour une fièvre typhoïde avec force purgatifs. Je le faisais transporter à l'hôpital où je l'opérais le septième jour; ving-quatre heures après le malade mourait, l'autopsie montrait une péritonite généralisée.

Pour le deuxième malade il s'agissait d'un homme qu'on m'amenait le quatrième jour ayant de l'ictère, la figure plombée et, tous les symptômes d'une septicémie déjà avancée.

Je l'opérais et je tombais sur une appendicite gangréneuse, et le malade mourait quarante-huit heures après.

Les malades opérés par M. Bouglé étaient identiques. Dans un premier cas il s'agissait d'une péritonite généralisée que l'on n'envoyait que tardivement à l'hôpital; dans le second cas, d'une femme atteinte d'occlusion intestinale que l'on avait traitée par

des lavements électriques, et qui, opérée le jour même de son entrée, mourait le lendemain.

Pour le troisième malade il s'agissait d'une appendicite avec abcès localisé, qu'on ne faisait passer dans le service qu'après plusieurs frissons, et ayant un teint ictérique, indice d'une infection hépatique. Après l'ouverture de son abcès il mourait d'hémorrhagies secondaires répétées dues à sa lésion hépatique. Cette observation montre le danger, lorsque le pus s'est localisé, d'intervenir trop lentement lorsque déjà des lésions se sont produites du côté des reins et du côté du foie.

Si on défalque ces 14 malades opérés sans qu'il y ait eu essai de refroidissement il reste 71 observations où j'ai pu instituer au plus tard le troisième où le quatrième jour le traitement par la glace, les injections de sérum, et la diète absolue. Or, sur ces 71 malades 52 malades ont guéri avec résolution complète et ont été opérés à froid avec 52 guérisons. 18 malades ont localisé un abcès que j'ai ouvert entre le sixième et le douzième jour. 17 malades ont guéri, un seul est mort d'embolie quarante-huit heures après l'ouverture d'un abcès rétro-cæcal très nettement localisé.

Pour un seul malade j'ai eu à regretter la temporisation et de ne pas être intervenu.

Devant l'issue fatale, je me suis demandé, comme M. Gérard Marchant, si je n'avais pas eu tort de ne pas intervenir.

Il s'agissait d'un malade, qu'a vu le docteur Monod, et que je soignais avec le docteur Ricoux. Nous n'avons été appelés que le 4e jour d'une appendicite jusque là très malmenée, le malade ayant, malgré ses douleurs, continué à marcher, à aller à ses affaires tout en vomissant, et s'étant intempestivement purgé. Quand je le vis il avait le pouls précipité, la température basse, le ventre ballonné, des vomissements incessants. Je lui fis l'application de la glace, des injections de sérum ; l'occlusion persista, et il mourait le 8e jour. Je vous ai dit qu'à la suite de cette mort je redevenais interventionniste comme M. G. Marchant. Mais pour calmer mes regrets j'ai la souvenance de malades que j'ai opérés dans les mêmes conditions, et qui sont morts, vingt-quatre heures ou quarante-huit heures après mon intervention.

Je viens de voir M. Bouglé opérer dans les mêmes conditions une jeune femme présentant les symptômes d'occlusion intestinale, le facies péritonéal, comme mon malade, et, malgré l'opération faite aussi rapidement que possible et aussi bien que possible, la malade mourait.

Par contre, j'ai eu la joie de sauver d'autres malades que je trouvais avec des symptômes analogues, et qui, rien qu'avec la

glace, les injections de sérum ont vu leurs symptômes s'amender et guérir. Ce souvenir m'a fait revenir à l'expectation. Il en sera probablement de même pour M. Marchant. Le premier malade, qui mourra après son opération, nous le rendra de nouveau expectant.

En résumé, sur 71 malades que j'ai traités par l'expectation et par la glace, 2 malades seulement sont morts: 1 d'embolie, l'autre de péritonite qui n'a pas cédé au traitement.

Si j'ajoute cette statistique à celle que j'avais publiée au commencement de 1900, et qui était de 92 malades soignés par la glace avec 2 morts, je me vois avoir une statistique de 170 malades avec 4 morts.

Avant d'avoir perdu il y a huit jours cette dernière malade d'embolie, je pouvais faire orgueilleusement remarquer dans mon service à mes élèves que je prenais comme témoins, que depuis plus d'un an, avec ce traitement de l'expectation armée, c'est-à-dire commençant par les applications de glace et n'intervenant que lorsqu'une localisation se faisait, ou attendant le refroidissement complet, je n'avais pas perdu une seule appendicite ; et cependant dans le service les appendicites se suivent nombreuses, et on en trouve toujours 3 ou 4 au minimum en traitement.

Si je songe de plus aux malades qu'on m'a amenés avec les symptômes les plus graves, mais que la glace, mise encore à temps, a arrêtés, je ne peux me rallier à l'intervention systématique, dont les partisans ne m'offrent pas de statistiques aussi encourageantes que celles des expectants.

Sur ces 81 malades, 5 fois seulement j'ai eu l'occasion de voir les malades dans les trente-six heures du début de leurs accidents, et depuis que je m'occupe de cette question, je n'en ai vu que 12. Sur ces 12 malades, j'ai pu instituer dans toute sa rigueur le traitement par la glace. Au bout de quarante-huit heures, je voyais chez tous mes malades les accidents disparaître et j'étais frappé de la facilité de leur guérison. Je suis donc surpris, d'entendre mes collègues me parler des opérations faites dans les quarante-huit heures. Ce n'est qu'exceptionnellement que nous sommes appelés auprès des appendicites tout à fait au début et, le plus tôt que nous les voyons habituellement, c'est le 3e ou le 4e jour, époque où mon collègue, M. Tuffier, conseille lui aussi de recourir au traitement par la glace.

Étant donnés les quelques cas de mort que je connais, arrivés malgré l'opération faite dans les quarante-huit heures, je suis étonné qu'on affirme l'innocuité absolue de cette opération.

D'autre part, d'après ce que j'ai observé, d'après ce que les confrères plus heureux que moi appelés rapidement au début des

crises m'ont affirmé, c'est au traitement par la glace, bien autrement pratique que celui des interventionnistes que je conseillerai d'avoir recours en premier. L'application de la glace mise dès les premières heures semble avoir une efficacité incontestable pour arrêter rapidement les accidents et empêcher toute crise d'appendicite de devenir grave. Ce traitement, d'autre part, n'exige pas comme l'intervention une précision aussi grande du diagnostic. Et s'il y a erreur dans ce cas elle ne sera jamais mortelle.

C'est ce traitement que je conseille aux familles en les mettant en garde contre l'appendicite, et en leur disant que tout enfant se plaignant du ventre ne doit pas être purgé, qu'il doit être immédiatement immobilisé et mis à la diète. Je suis persuadé que si ces notions se généralisaient dans les familles les dangers de l'affection seraient de beaucoup diminués.

Vous avez vu dans ma statistique le nombre d'abcès que j'ai ouverts, le plus souvent entre le 6e et le 10e jour. Je suis en effet pour tenter au début toujours le refroidissement, et je mélève contre les interventions hâtives. Cependant je m'élève également contre ceux qui laissent évoluer un abcès sans l'ouvrir. J'ai comme règle que, si malgré la glace, la diète absolue, le repos, la température remonte ou ne revient pas à la normale, si surtout le malade a un frisson, il n'y a pas à hésiter, il faut intervenir, persuadé qu'on se trouve en présence d'une collection. Je respecte au contraire les plastrons sans fièvre, avec une courbe de température arrivant à la normale.

Dans ma statistique comme dans celle de tous les expectants, un fait me frappe qui me paraît être un gros argument en faveur du traitement que je défends.

Tandis que dans les statistiques des interventionnistes systématiques, on est frappé d'entendre parler de péritonites généralisées, de gangrènes de l'appendice, de vomito negro; dans celles des expectants, tous ces accidents deviennent la rareté, et nous ne les voyons que sur les malades qu'on nous amène après 7, 8 jours de maladie, de traitement purgatif, ou, le plus souvent, d'absence de traitement.

Or, si les interventionnistes voient tous ces accidents plus fréquemment que nous, il est permis de croire que notre traitement est plus apte que le leur, pour diminuer la gravité de l'appendicite.

Je trouve d'ailleurs également d'autres arguments dans ce que nous connaissons de la pathologie générale. Ne voyons-nous pas que nos statistiques se sont améliorées pour les lésions péri-utérines depuis qu'avec la glace nous essayons de refroidir la lésion et de la localiser, et que nous intervenons de moins en

moins au début de la crise inflammatoire, lorsque tout le péritoine semble encore réagir ?

N'avez-vous pas entendu cette année-ci M. Duret au Congrès de chirurgie préconiser le refroidissement même pour des occlusions intestinales dues à des néoplasmes, conseillant de n'intervenir que quand par l'anus contre nature, et l'application de glace, on a calmé la réaction péritonéale du début? Pourquoi ce qui est vrai pour le reste du ventre ne serait-il pas vrai pour la fosse illiaque?

Ne savons-nous pas encore combien il est dangereux d'intervenir dans les lymphangites érysipélateuses alors que le pus ne s'est pas encore collecté ? Qui de nous donnerait un coup de bistouri dans une amygdalite non encore abcédée? Pourquoi ce qui est vrai pour tout le reste du corps ne serait-il pas également vrai pour l'appendicite. Il existe cependant des appendicites qui ne sont que de véritables lymphangites érysipélateuses pour lesquelles un coup de bistouri intempestif donnera un coup de fouet comme le même coup de bistouri le donnerait dans un cas de lymphangite érysipélateuse du bras. Les injections de sérum dans ces infections, en agissant sur l'état général, ont toujours rendu plus de services que le bistouri.

Avant de terminer, je tiens à dire encore quelques mots sur ce traitement par la glace que beaucoup de gens croient appliquer et qu'ils appliquent souvent fort mal. Il y a deux ans déjà, au Congrès de chirurgie, j'ai insisté sur la nécessité d'apporter une sévérité impitoyable et une surveillance minutieuse dans l'application de ce traitement qui ne donnera pas sans cela ce qu'il doit donner.

Le repos, sur le dos, à plat, doit être absolu ; si le malade est agité, on doit le calmer par l'opium et la morphine ; la diète doit être complète de liquide et d'aliment tant que le malade a des vomissements et de la fièvre. Tout au plus peut-on permettre, lorsque le malade ne vomit plus, quelques gorgées d'eau de Vichy. Le lait ne doit être permis que si le malade n'a plus de fièvre, et il faut le lui supprimer si son ingestion détermine une élévation de température, qu'il faut distinguer de celle occasionnée par une localisation d'abcès. Enfin la glace doit être mise, non pas dans des petites vessies suspendues comme on le fait trop généralement à des cerceaux, mais dans de grandes vessies plates, larges, couvrant tout le ventre et qu'on renouvelle toutes les trois heures, le jour et la nuit. Tout ceci pour être bien appliqué et bien fait exige une grand surveillance qui malheureusement est souvent prise en défaut, d'où résulte des accidents que l'on met indûment sur le traitement par la glace, et qui cepen-

dant ne relèvent que d'un traitement mal compris. Permettez-moi de vous en citer des exemples.

Je voyais dernièrement un médecin qui me disait être ennuyé d'un malade atteint d'appendicite, dont, malgré le traitement par la glace les accidents s'aggravaient. Il me pria de le voir. J'arrive, et je trouve un grand garçon qui se remuait dans son lit, avec une toute petite vessie suspendue à un cerceau. Cette vessie ne touchait le ventre que sur un point fort limité, et ne contenait d'ailleurs que de l'eau chaude, la glace étant depuis longtemps fondue. Je fis changer la vessie; je la remplaçai par deux grandes vessies plates, recommandant à la mère, sous peine de prendre la responsabilité des accidents qui pourraient survenir si elle y manquait, de renouveler la glace toutes les trois heures. Le surlendemain je revoyais mon confrère, je lui demandais des nouvelles de son malade. Au bout de vingt-quatre heures du traitement institué par moi, il était entré en franche résolution.

L'autre jour, dans la journée, j'entre inopinément dans mon service, et quelle est ma stupéfaction de voir une appendicite que j'avais mise au traitement par la glace, qui, profitant de l'absence de la surveillante et des infirmiers s'était levée pour uriner; que ce malade fût pris d'accident, et l'on aurait encore accusé l'expectation.

Dernièrement M. Bouglé me racontait le fait suivant : il avait quitté la veille une malade allant bien; le lendemain, à sa visite, il la trouve avec des symptômes graves montrant que la scène avait changé. Près de lui son interne qui a été avec des chefs interventionnistes, accusait déjà l'expectation. Mais M. Bouglé qui est partisan convaincu comme moi du traitement par la glace, faisait son enquête, interrogeait la malade, la surveillante et, pendant cet interrogatoire son pied frappait une bouteille de Champagne qui se trouvait sous le lit. Elle avait été apportée par les parents, et la malade avait tout bu dans sa matinée. Il ne fallait pas chercher ailleurs la cause de l'aggravation des accidents.

C'est pourquoi, convaincu de pareils faits, je demandais à M. Legueu s'il avait fait une enquête suffisante pour affirmer qu'aucune faute n'avait été commise, avant d'accuser le traitement par la glace.

Aux observations discutables apportées contre la temporisation je pourrai d'ailleurs opposer une observation bien autrement suggestive, qui montre le danger de la formule qu'a défendue M. Poirier : Toute appendicite = une opération immédiate.

Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-huit ans qui, le 14 décembre, était pris de très vives douleurs dans la fosse iliaque droite, le forçant à se coucher. L'état général cependant

était bon, d'après les notes que m'a données son médecin, le pouls était à 92, et la température à 37°8.

Devant l'absence de toute localisation, mon confrère, très partisan de mes idées, institua le traitement médical ; application de vessies de glace, et potion au chlorhydrate de morphine, immobilisation absolue. Après quarante-huit heures, toute douleur avait cessé. La température oscillait entre 37 degrés et 37°8. Le pouls était toujours à 90 ; il n'avait jamais d'ailleurs dépassé 98. En présence de cet état de choses, le malade continuant toujours d'aller de mieux en mieux, le médecin demanda une consultation et me choisit. Cette consultation, dans sa pensée, devant être surtout utile pour exhorter le malade à la patience, et régler son alimentation. Je devais voir le malade le 21 novembre ; mais je recevais le 20 novembre, sixième jour par conséquent de l'affection, l'avis que la consultation devenait inutile. En arrière du médecin traitant qui m'appelait, un ami de la famille avait amené un chirurgien. Je dis de suite, Messieurs, que ce chirurgien n'est pas des nôtres. Celui-ci avait déclaré qu'une intervention immédiate s'imposait et, à l'insu du médecin traitant, le lendemain matin il avait opéré le malade, le matin du jour où je devais arriver. Le soir, le malade mourait.

Vous voyez par là quel est le danger de la formule donnée par M. Poirier, laquelle, dans des mains moins adroites que celles de notre collègue, peut occasionner de véritables désastres.

Quant à l'observation de M. Segond, je ne la discuterai pas. M. Kirmisson le lui a dit, elle n'a pas une grande signification et ne peut nous apprendre qu'une chose, c'est qu'il est mauvais de masser une appendicite et de faire des erreurs de diagnostic.

Bien plus intéressantes sont les observations de M. Routier et de M. Quénu sur les appendicites gangréneuses.

Plus le diagnostic de ces formes d'appendicites sera connu, plus nous serons disposé à faire trêve à notre expectation et à accepter dans ces cas l'intervention rapide. Mais je crois que plus on instituera rapidement le traitement par la glace, moins on aura à craindre les accidents de gangrène qui relèvent de l'infection.

Comme vous le voyez, je ne pose pas comme une règle absolue l'expectation, mais je dis et je répète que dans la grande majorité des cas, le traitement de la crise d'appendicite aiguë par la glace est celui qui donnera les meilleurs résultats. Et ceci paraît d'ailleurs être tellement l'avis général en dehors de nos sociétés que je vois les chirurgiens, les médecins qui, comme moi, ont eu le malheur d'avoir des enfants atteints d'appendicite, choisir pour leurs enfants le traitement par la glace et l'opération à froid.

M. Témoin (de Bourges). — La longueur de la discussion actuelle sur le traitement de l'appendicite prouve, comme le disait M. Reclus, que l'opinion de chacun est difficilement modifiable. Si je veux, comme mon ami Villar, apporter ici les résultats de ma statistique personnelle, ce n'est pas pour combattre la façon de faire de maîtres plus autorisés que moi à émettre un enseignement, mais pour envisager la question à un point de vue un peu différent. L'appendicite, fréquente à Paris, fréquente dans les villes, l'est au moins autant à la campagne, et je voudrais montrer que là surtout la temporisation expose les malades aux pires dangers, tandis que l'intervention hâtive ne peut que donner de bons résultats.

Je dirai d'abord qu'interventionniste dès le début, interventionniste je suis resté. Chirurgien dans un département où, seul pendant plusieurs années, j'ai été appelé, moi ou mon assistant le Dr Besson, à opérer toutes les appendicites de la région, j'ai pu voir tous les avantages de l'intervention. J'opère l'appendicite aiguë dès que je la vois, quelle que soit la date du début des accidents, et, bien qu'au Congrès de Bruxelles cette phrase de M. Routier ait été trouvée sans valeur, je dirai, comme lui, que je n'ai jamais eu à m'en repentir; c'est-à-dire que je suis absolument certain de n'avoir perdu aucun malade, qui n'eût, avant l'opération, de péritonite généralisée.

J'ai fait 314 opérations d'appendicite dont 179 à chaud et 125 à froid. Je ne parlerai pas de ces dernières qui toutes ont été suivies de guérison.

Sur les 179 opérations à chaud, j'ai eu 19 morts. Mais ces morts ne peuvent être mises sur le compte de l'opération : il ne s'est jamais agi dans ces cas d'opérations faites au début; sauf une fois, les malades étaient à toute extrémité, la famille avait été prévenue de l'état désespéré du malade, et l'opération n'était faite que pour tenter une dernière ressource, dans le cas où notre sombre pronostic eût dépassé la réalité. Deux fois seulement nous avons trouvé une péritonite généralisée, alors que nous pensions l'opération favorable : mais, dans ces deux cas, l'opération fut faite, l'une au 6e jour et l'autre au 4e jour. Dans les deux cas, l'appendice gangrené, perforé, était libre de toute adhérence, et les intestins baignaient dans de la sérosité purulente d'odeur infecte. L'opération fut des plus simples et le traumatisme réduit à son minimum ; je suis convaincu qu'elle ne peut en rien être incriminée, et que, faite plus tôt, elle eût été suivie de guérison.

Chaque fois que je me suis trouvé en présence d'un de ces cas malheureux, mes confrères ont toujours regretté la temporisation. Mais ils avaient été trompés par les symptômes : une amélioration

était survenue, l'état général semblait satisfaisant, le pouls était à peine à 80, la température restait au-dessous de 38 degrés après avoir été dès le début au-dessus de 39; le ventre n'était pas ballonné. On ne saurait trop répéter, comme M. Segond le disait dans une des dernières séances, combien est grande l'infidélité des renseignements que nous donne l'examen le plus attentif des symptômes. Il y a à cet égard une très grande variété dans la toxicité des éléments microbiens, au début. Tel cas, qui s'accompagne d'emblée de péritonisme généralisé avec fréquence extrême du pouls tourne bien en quarante-huit heures, alors que tel autre cas, très bénin au début, aboutit à la péritonite et à la mort sans que rien dans les symptômes ait pu faire penser à un danger.

Une jeune fille de dix-huit ans est prise d'accidents aigus le lundi. Un de mes confrères constate nettement une appendicite, le pouls est à 90, la température à 38°5. Il institue le traitement habituel : glace, opium, diète. Le mardi, la température est à 38, le pouls à 80; le mercredi, température 37, état général excellent. Cet état dure jusqu'au vendredi. Mon confrère le Dr Pellerin me fait demander. Comme il m'a fait opérer beaucoup d'appendicites à chaud, qu'il est partisan de l'intervention immédiate, il s'excuse d'avoir tardé à me prévenir; mais la bénignité apparente du cas, et la discussion actuelle de la Société de chirurgie (c'était le 14 novembre dernier) l'ont influencé. A l'examen, la douleur est plus vive depuis la nuit, mais les symptômes généraux sont excellents. La température est à 37°5, le pouls au-dessous de 80. L'opération est faite trois heures après; dès que le péritoine est ouvert il s'écoule une sérosité nauséabonde; l'appendice se présente de lui-même, perforé comme à l'emporte-pièce dans son extrémité; aucune adhérence ne limite le foyer. L'appendice est réséqué et la plaie drainée; le traumatisme est donc aussi faible que possible, et je suis certain de n'avoir détruit aucune adhérence s'il y en a. Le lendemain même, excellent état, température 37, pouls 80. Le soir, température 37, pouls 90. Le dimanche, température 37, pouls 100. La malade mourait le mardi suivant, sans péritonite, sans vomissements, de septicémie comme dans une fièvre puerpérale. Nous avions fait chaque jour des injections de sérum.

Or il s'agissait d'une malade de ville, vue par son médecin deux fois par jour. Mais à la campagne le médecin ne peut surveiller son malade; les surprises sont fréquentes et la temporisation me semble la pire des méthodes; lorsque le danger apparaît, il est souvent trop tard parce que le chirurgien n'est pas sur place. Il faut à ce dernier le temps d'être prévenu, le temps d'arriver, et lorsqu'il est là, peut-il à son tour temporiser : parce qu'il trouve

le cas favorable, peut-il s'en aller sans opérer et laisser l'appendicite évoluer sans surveillance. Non seulement il expose le malade à toutes les complications tardives de la suppuration, mais à la péritonite généralisée survenant sans que personne n'en ait la notion. Plusieurs fois j'arrivai ainsi pour constater l'état désespéré d'un malade qui n'avait pas été vu depuis la veille par son médecin, qui n'avait présenté rien d'alarmant à la dernière visite, et nous constations avec regret qu'il n'y avait plus rien à faire.

Sur mes 179 opérations à chaud, 15 ont été faites dans les premières vingt-quatre heures et toutes ont été suivies de guérison. 7 opérés au moins seraient morts sans l'opération : il s'agissait d'énormes fluxions phlegmoneuses de l'appendice, qui présentait des plaques de sphacèle sur le point de se perforer. Quatre fois ces symptômes locaux graves n'étaient révélés ni par le pouls ni par la température. En ouvrant l'appendice enlevé, la muqueuse était gangrenée et il s'échappait cette odeur fétide si caractéristique de la perforation.

Plus de 30 ont été opérés dans les 3 premiers jours; tous ont guéri, sauf un. J'opérai ainsi le fils d'un de mes confrères; l'appendice gangrené se rompit au moment même où je le saisissais pour l'enlever, mais la plaie était bien protégée et huit jours après il était guéri.

Sur mes 19 décès, pas un n'a été opéré dans les 48 premières heures. Un seul au troisième jour. Tous les autres ont été opérés tardivement du 6e au 14e jour. Un est mort 4 jours après l'opération d'une hématémèse foudroyante, opéré au 14e jour d'une crise aiguë. Un autre est mort de cachexie (j'avais trouvé le cæcum grangrené) et l'opération n'avait été faite que le 12e jour, le malade étant dans un état désespéré.

Aucun de mes opérés à chaud et dans les premiers jours n'a eu de ces complications tardives, conséquences de la purulence. C'est ainsi que j'ai vu (je l'ai signalé dans les Archives provinciales) un cas de pleurésie appendiculaire, deux cas d'abcès périnéphrétiques, deux cas de perforation de la vessie, un cas d'hépatite suppurée.

S'il me fallait établir le tableau de mon département au point de vue de l'appendice, je dirais :

J'ai eu connaissance de 336 cas d'appendicice : 125 opérés à froid, 125 ont guéri ; 179 opérés à chaud, 19 sont morts ; mais pas un de ces derniers n'a été opéré dans les 48 premières heures, pas un sans péritonite généralisée avant l'opération ; 22 sont morts sans opération.

Je reste donc partisan de l'intervention hâtive dans l'appen-

dicite aiguë; ainsi le veut ma statistique. Mais je crois que le danger ne vient pas de ce qu'un chirurgien est ou n'est pas interventionniste; temporisateurs ou non, nous partagerions tous, j'en suis convaincu, la même façon de voir sur un cas particulier. Le danger vient de la temporisation médicale. Les discussions de la Société de chirurgie sur ce sujet sont lues avec le plus vif intérêt, et le médecin de campagne reste dans l'indécision lorsqu'il faut se prononcer. Ce doute fait, comme le disait mon ami Tuffier, que la crise d'appendicite reste toujours trop longtemps une affection médicale.

Il devrait être admis que toute crise d'appendicite est du domaine de la chirurgie; au chirurgien appelé d'être, suivant ses convictions, ou son appréciation du cas particulier, interventionniste ou temporisateur.

Rapport.

L'orchite par effort existe-t-elle?
par M. Couteaud, médecin principal de la marine.

Rapport par M. CH. MONOD.

M. le D[r] Couteaud, médecin principal de la marine, nous a adressé un intéressant travail intitulé : *L'orchite par effort existe-t-elle*? question très contreversée, j'ai à peine besoin de vous le rappeler, à laquelle, pour le dire de suite, M. Couteaud répond par l'affirmative.

Je résume tout d'abord l'observation sur laquelle il s'appuie pour soutenir ses conclusions.

Un matelot, homme de vingt-trois ans, au cours d'exercices violents de débarquement, ressent tout à coup, le 23 mai 1901, une douleur assez vive et comme une déchirure dans l'aine gauche. Il ne s'arrête pas pour cela, et ce n'est que le surlendemain qu'il se présente à la visite médicale.

M. Couteaud constate l'existence dans l'épididyme gauche de trois noyaux indurés, l'un à la tête, l'autre au corps, le troisième à la queue de l'organe. Le cordon est gros et bosselé, fort douloureux à la pression. Le testicule est absolument sain. Pas d'écoulement urétral; la bougie à boule ne ramène non plus sur son talon aucune trace de pus ni de liquide. Le malade nie toute urétrite antérieure.

Le toucher rectal ainsi que l'examen de la poitrine sont négatifs. L'homme est vigoureux; il a toutes les apparences de la santé.

M. Couteaud n'en porte pas moins, en raison des caractères cliniques de la tuméfaction et de sa localisation à l'épididyme et au cordon, le diagnostic d'épididymite tuberculeuse. Son opinion ne se modifia que par la suite, lorsqu'il put assister à la disparition complète de toute lésion appréciable.

En effet, cet homme resté en observation est soumis pour unique traitement à la prise quotidienne d'iodure de potassium, à dose de 2 à 3 grammes; les indurations épididymaires diminuent progressivement puis s'évanouissent. Au bout de trois mois, il ne restait plus rien d'anormal dans toute l'étendue de l'épididyme. Il faut y regarder de près pour reconnaître que le canal déférent est tant soit peu plus volumineux à gauche qu'à droite.

M. Couteaud renvoie à ses occupations le malade et le considère comme absolument guéri. Il avait en moins de trois mois absorbé 207 grammes d'iodure de potassium.

M. Couteaud aurait observé une dizaine de cas semblables, la plupart d'allure plus légère et de durée moins longue. D'après ces faits, *l'orchite par effort* se caractériserait pour lui par les signes suivants :

1° Production d'un effort ou d'une série d'efforts, le plus souvent chez des jeunes gens vigoureux.

2° Sensation brusque d'une déchirure à la partie interne de l'aine.

3° Douleurs spontanées et à la pression dans l'épididyme ou plus rarement dans le testicule, avec irradiation à l'aine ou à la cuisse.

4° Prédominance presque absolue pour la glande séminale gauche (sur dix cas M. Couteaud n'en a observé que deux à droite).

5° Localisation habituelle dans l'épididyme sous forme d'une tumeur uniforme, le plus souvent unique, parfois morcelée en noyaux distincts.

6° Le cordon est gros, irrégulier, douloureux, induré.

7° Évolution généralement rapide; jamais de suppuration. Dans les cas sérieux, persistance de noyaux indurés dans l'épididyme, en imposant pour une tuberculose.

8° Terminaison habituelle par la résolution.

Cette orchite ou, plus exactement, cette épididymite par effort résulterait pour M. Couteaud « de l'exagération de la presse abdominale produisant un désordre vasculaire mécanique » la rupture des vaisseaux épididymaires ou péri-épididymaires et par suite la formation d'hématomes. Les tuméfactions constatées en pareil cas au niveau de l'épididyme et sur le trajet du cordon seraient donc des noyaux hématiques.

M. Couteaud prévoit l'objection qui se présente de suite à l'es-

prit, en présence d'une pareille conception de l'orchite par effort. Il ajoute, en effet, que l'espèce d'orchite qu'il envisage peut se compliquer d'inflammation. Dans ce cas, le liquide sorti des vaisseaux sanguins forme « le milieu nutritif favorable à la colonisation des bactéries, hôtes habituels des voies urinaires ». L'infection s'ajoute donc alors au traumatisme pour constituer l'épididymite.

Mais lorsque tout se borne à un trouble d'origine traumatique sans réaction inflammatoire, pourquoi appeler orchite ou épididymite une lésion qui, de l'aveu même de M. Couteaud, se borne à un épanchement sanguin succédant à une rupture vasculaire? Si l'on veut être logique, force sera de donner à pareille affection le nom d'*hématome de l'épididyme* et non celui d'*épididymite.* Pour qu'il y ait épididymite, il faut qu'une infection, partie ordinairement des voies urinaires, intervienne.

Notre collègue, M. Sébileau, a récemment, dans une discussion serrée, bien mis ce point en relief (1). Pour lui, toute épididymite dite par effort, qui ne relève pas d'une tuberculose méconnue, reconnaît pour cause réelle une infection d'origine urétrale évidente ou cachée; il arrive donc à cette conclusion que l'*orchite par effort n'existe pas.* Pour M. Couteaud elle existe, non qu'il nie l'infection, mais elle serait consécutive à l'action traumatique. Je dirai dans un instant ce qu'il convient de retenir de cette manière de voir.

Ce qui importe pour le moment, c'est de rappeler que sous le nom d'orchite par effort on a réuni deux ordres de faits distincts.

Tout d'abord, il est indubitable qu'à la suite d'un effort violent, s'accompagnant d'une sensation de déchirure à l'aine, il peut se produire un gonflement épididymaire s'étendant ordinairement au cordon, beaucoup plus rarement au testicule. Ce gonflement est constitué par un hématome de l'épididyme ou du cordon, résultant de la rupture des veines épididymaires, péri-épididymaires ou funiculaires. Il peut simuler une épididymite, mais ne mérite ce nom à aucun titre.

L'observation de M. Couteaud, probablement aussi celle antérieurement publiée par mon ancien collègue et ami Castex (2), celle du Dr Fleury (de Saint-Etienne) (3), où la lésion était limitée au cordon, me semblent devoir être rangées dans cette catégorie.

(1) Sebileau (P.). *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de Le Dentu et Delbet, Paris, 1901, t. X, 1re partie, p. 77-82.

(2) Castex (A.). De l'orchite par effort. *Annales des maladies des organes génito urinaires*, Paris, 1891, t. IX, p. 558-563.

(3) Fleury (de Saint-Etienne). Hématocèle funiculaire par effort. *Loire médicale*, 15 déc. 1888.

Notre collègue M. Guelliot (de Reims) a, de son côté, attiré l'attention sur les cas de ce genre (1). Il admet « que, sous l'influence d'un effort, il peut se faire une rupture des veines spermatiques normales ou déjà altérées. Si l'épanchement sanguin est limité à la partie inférieure du cordon, il peut englober l'épididyme ; ce *coup de fouet du cordon* simule l'épididymite ».

M. Guelliot, comme M. Couteaud, a remarqué la prédominance à gauche de cette *pseudo-orchite*, les dilatations variqueuses du cordon et de l'épididyme étant plus fréquentes à gauche qu'à droite.

Dans un second groupe de faits à l'effort succède une épididymite. M. Couteaud nous dit qu'en pareil cas « l'effort est essentiel et l'infection contingente ». Il nous semble que cette proposition pourrait être retournée, que l'on pourrait soutenir que, si l'infection n'avait pas préexisté, jamais l'effort à lui seul n'aurait pu déterminer une inflammation vraie.

Or, cette infection peut occuper l'urètre, comme l'a rappelé M. Sebileau, en dehors de la blennorragie, sous des formes variées qui toutes sont capables de donner naissance à une épididymite.

Mais, d'autre part, il n'est pas irrationnel de reconnaître que l'effort, par les lésion locales qu'il détermine parfois, peut mettre l'organe en état de moindre résistance et ouvrir ainsi la porte à l'infection (2).

A cet égard la contribution apportée par M. Couteaud à l'histoire de l'orchite dite par effort conserve tout son intérêt.

Actuellement en effet, en ces temps où le médecin est souvent appelé à donner son opinion sur les causes réelles de certains accidents du travail, il est utile de rappeler que dans quelques-uns, rares il est vrai, ce n'est pas sans raison qu'un homme porteur

(1) Guelliot (O.). Pseudo-orchite par effort (coup de fouet du cordon). *Union médicale et scientifique du Nord-Est*, 1899, t. XIII, p. 149-157.

(2) La cause occasionnelle traumatique ouvrant la porte à l'infection ne serait pas toujours l'effort, que nous avons eu surtout en vue dans cette note. Ce pourrait être aussi une contusion directe du testicule, comme dans une intéressante observation de Le Roy des Barres et Weinberg à laquelle nous renvoyons (1).

D'autre part, la lésion traumatique produite par l'effort — donnant prise à l'infection — ne serait pas toujours une déchirure vasculaire, l'ascension brusque du testicule pouvant déterminer une contusion de l'organe, ainsi que nous l'avions supposé mon regretté collègue et ami Terrillon et moi dans un travail antérieur (2).

(1) Le Roy des Barres (A. C.) et Weinberg (M.). Orchi-épididymite à diplobacilles de Friedländer d'origine traumatique, *Comptes rendus Soc. de Biol.*, 1898, 10e série, t. V, p. 560.

(2) Monod (Ch.) et Terrillon (O.), *Traité des maladies du testicule*. Paris, Masson, 1889, p. 123.

d'une inflammation épididymaire en apparence banale rapporte a un violent effort la brusque éclosion des troubles dont ses bourses sont le siège.

Il faudra, je l'avoue, une très grande attention et une certaine sagacité pour faire le départ entre les orchites infectieuses vraies, où l'infection demeure la cause prédominante de la maladie, et ceux où, sans l'intervention d'une circonstance extérieure, la réaction inflammatoire ne se fût pas produite.

Il suffit cependant que des faits de ce genre puissent exister pour qu'il soit équitable d'en tenir compte (1).

Je vous propose de remercier M. Couteaud de sa communication, de déposer son travail dans nos archives et de l'inscrire à la place honorable à laquelle lui donne droit l'ensemble de ses travaux, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de notre Société.

M. Bazy. — C'est la partie du rapport de M. Monod qui a trait aux accidents du travail qui me fait prendre la parole. Il n'est pas en effet facile de savoir toujours dans ces cas la part qui revient au traumatisme. J'ai eu dernièrement l'occasion de juger de la difficulté qu'il peut y avoir à établir cette part. Je suis convaincu qu'à part quelques cas rares d'épididymite infectieuse primitive, toutes les épididymites sont symptomatiques d'une lésion de l'urètre prostatique. C'est établir cette lésion urétrale qui est souvent difficile.

Son existence ne peut être démontrée que par l'examen des sécrétions urétrales souvent minimes, et ce n'est bien souvent qu'en examinant le premier jet d'urine, quand les malades n'ont pas uriné depuis longtemps, qu'on peut trancher la question. Or souvent, quand on voit les malades, ils viennent d'uriner. C'est dire combien il est difficile d'établir la part qui revient au traumatisme en pareille circonstance.

M. Moty. — Le hasard m'a fait rencontrer un cas de nature à éclairer la question : il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, d'une force musculaire extrêmement développée, mais complètement indemne de toute infection gonococcique; ce jeune homme présentait tous les deux ou trois mois à la suite d'effort une sorte de fausse orchite précédée d'une douleur vive passagère, se développant en quelques heures, atteignant les dimensions et présentant la consistance d'une orchite blennorragique de moyenne

(1) Voy. Bouffier (L.-A.). Un caso di orchite traumatica da sforza per infortunio di lavoro, *Riv. di dir. e giurisprud. pathol. e med. for s. inforc. d. lavoro*, modena, 1900, t. II, p. 69.

gravité, mais sans être très douloureuse. La résolution se faisait sans traitement ou avec des compresses d'eau blanche en deux ou trois jours; c'est toujours à gauche que siégeait cette lésion dont l'origine musculaire ne peut pas être mise en doute; en effet sous l'influence de l'effort le testicule attiré par un crémaster très puissant venait s'appliquer brusquement sur l'orifice inguinal externe où il se contusionnait, suivant le dire du sujet qui n'avait eu que trop souvent l'occasion de s'observer.

M. Pierre Sébileau. — Je ne veux pas rappeler ici les arguments que j'ai donnés contre cette conception vieillie de « l'orchite par effort » dans mon article du *Traité de Chirurgie* que mon maître M. Ch. Monod vient de si bienveillamment apprécier.

Je ne pense pas qu'il se trouve aujourd'hui un chirurgien pour y croire sérieusement.

Je désire seulement répondre un mot à notre collègue M. Moty.

L'observation qu'il vient de nous résumer en deux mots d'un homme qui, deux ou trois fois par an, à la suite d'un effort violent voyait son testicule gonfler subitement puis, en quelques heures, reprendre son volume normal, ne prouve rien en faveur de l' « orchite par effort ». Je vais même plus loin : elle démontre que le malade de M. Moty n'avait pas d'orchite le moins du monde, puisque le gonflement épididymo-testiculaire n'avait qu'une durée tout à fait éphémère.

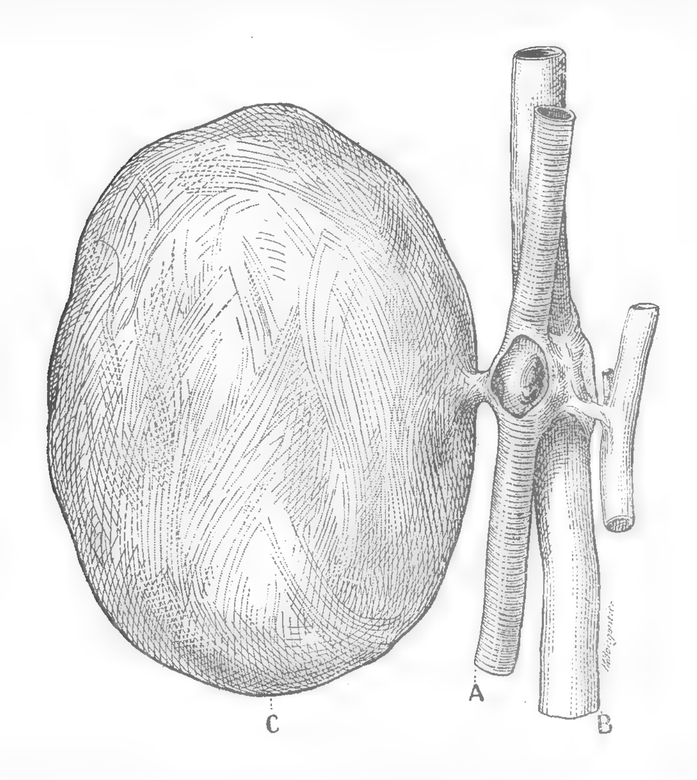
C'est donc de simples troubles congestifs que relève le cas apporté par notre confrère. Et à ce titre, il pourrait précisément figurer je crois, dans une argumentation contre la conception de l' « orchite par effort » parmi les cas qui ressortissent aux *formes légères* de la torsion du cordon spermatique, affection méconnue autrefois mais dont chaque jour nous apporte de nombreux exemples et qui peut certainement revendiquer pour elle, en même temps que ces quelques faits bizarres décrits par Wolkmann, English, Miflet, sous le nom d'infartus hémorragique du testicule, une bonne partie des cas autrefois étiquetés : orchite par effort.

M. Monod. — Les réflexions de M. Sébileau comme l'observation de M. Moty, viennent à l'appui de la distinction que j'établis entre les épididymites vraies et ce quelque chose qui est consécutif au traumatisme, et qu'on ne peut pas ranger sous la rubrique *épididymite*. On doit, en somme, admettre que le traumatisme peut déterminer deux ordres de lésions : une lésion purement accidentelle et une lésion infectieuse dont l'origine est dans l'urètre mais développée à l'occasion du traumatisme.

Présentations de malades.

Anévrisme traumatique artérioso-veineux des vaisseaux fémoraux. Extirpation du sac après ligature de la veine et de l'artère au-dessus et au-dessous.

M. GUINARD. — Je vous présente un malade que j'ai opéré le 24 octobre, pour un anévrisme volumineux de la partie moyenne



de la cuisse droite. J'ai lié l'artère et la veine fémorales au-dessus et au-dessous de la tumeur et j'ai extirpé la poche avec les segments des vaisseaux y attenant. Vous pouvez voir que cette poche que je mets sous vos yeux communique avec l'artère par un pédicule très mince : l'artère et la veine sont accolées et au niveau de l'adhérence on aperçoit un orifice des dimensions d'une lentille. Enfin sur la face interne de la veine, on trouve une cicatrice épaisse : la pointe du couteau a donc perforé de part en part la veine et l'artère. Seule la plaie veineuse interne s'est cicatrisée,

alors qu'une communication large s'établissait entre la veine et l'artère, et qu'une poche anévrismale se développait en dehors sur l'artère. Comme le montre cette figure, c'est un type d'anévrisme artérioso-veineux artériel.

J'attire l'attention sur deux faits qui m'ont frappé :

1° Il n'y a eu ni avant, ni après l'opération, aucun trouble trophique du côté du membre inférieur;

2° Dans les recherches bibliographiques que nous avons faites avec mon excellent interne M. Tillaye, nous avons trouvé dix observations analogues à celle-ci qui est par conséquent la onzième qui ait été publiée depuis 1883. Ces onze opérations ont donné onze guérisons.

Je conclus donc que le traitement de ces anévrismes n'est plus discutable et que l'ablation s'impose. J'avais lu avec intérêt dans la *Gazette des Hôpitaux* un mémoire de M. Veau sur la suture latérale des gros vaisseaux. Il semble en voyant cette pièce qu'on aurait pu lier et sectionner le pédicule du sac pour faire ensuite l'extirpation de la poche et la suture latérale des plaies artérielles et veineuses. Je crois que l'opération, si tentante qu'elle soit, serait moins radicale et laisserait la porte ouverte à la naissance d'un nouvel anévrisme. L'extirpation totale a toujours donné de si bons résultats que c'est, je crois, l'opération de choix. Les observations déjà publiées appartiennent à MM. Wahl (1) Lannelongue de Bordeaux (2), Montaz (3), Collin (4), Cerné (5). Potherat (6), Routier (7) et Demons (8).

Voici l'observation de mon malade telle que nous l'avons rédigée avec mon interne M. Paul Tillaye.

Malade âgé de trente ans, minotier à Parthenay. Le 9 juillet 1900, voulant serrer plus fortement une corde autour d'un treuil, le malade avait enroulé cette dernière autour du manche de son couteau de poche. Tout à coup la corde se rompit, et la pointe du couteau vint frapper la partie moyenne de la face interne de la cuisse droite.

Un pharmacien, chez lequel on transporta notre malade aussitôt, constata une hémorragie en nappe ; le malade est très affirmatif à ce sujet « il n'y avait pas de jet de sang » « le sang sortait en bavant ».

On fit un pansement ouaté compressif au niveau de la plaie.

(1) *Saint-Pétersbourg méd. Wochen*, 1883, p. 53.
(2) In *thèse* de Bourges. Bordeaux, 1900, 3 cas.
(3) *Dauphiné médical*, 1895.
(4) *Soc. de chir.*, 1898.
(5) *Thèse* de Bourges, 1900.
(6) *Soc. de chir.*, 1889.
(7) *Soc. de chir.*, 1899.
(8) *Thèse* de Bourges, 1900.

Deux jours après, un médecin enlève ce pansement et en remet un autre moins serré.

Dans les jours qui suivirent apparut une ecchymose descendant jusqu'au creux poplité, mais il n'y eût jamais à ce moment ni fourmillements, ni œdème.

Le malade resta quinze jours au lit et reprit ses occupations.

Un an après, juillet 1901, le malade s'aperçut lui-même, tout à fait par hasard, car il ne ressentait aucune douleur, qu'il y avait un frémissement au niveau de la blessure qu'il s'était faite l'année précédente.

Mais, n'éprouvant aucune gêne dans le membre inférieur, le malade attendit jusqu'au mois de juillet dernier pour consulter un médecin.

A ce moment, dit le malade, la tumeur était aussi grosse que maintenant.

Pendant deux mois, le médecin lui conseilla de prendre un gramme d'iodure par jour, mais aucune amélioration ne se produisit.

C'est alors qu'il se décide à venir à Paris, et il entra à la maison Dubois le 20 oct. 1902.

Nous constatons alors :

Une tumeur du volume des deux poings située à la partie moyenne de la face antéro-interne de la cuisse droite.

A la partie interne de la tumeur on voit la cicatrice du coup de couteau.

A ce niveau la peau n'est pas modifiée, les poils sont normaux, il existe quelques veinosités superficielles. Il semble donc qu'il y ait un peu de circulation collatérale sans que la saphène intéressée soit cependant le moins du monde intéressée dans tout son trajet.

En palpant cette tumeur, on constate le frémissement que l'on soupçonnait déjà par la simple inspection de la tumeur et surtout un *thrill* remarquable. Celui-ci est très prononcé et cela dans toute l'étendue de la tumeur, plus prononcé encore dans la région de la veine fémorale c'est-à-dire à la partie interne de la tumeur.

Cette tumeur n'est pas réductible.

La palpation nous permet de reconnaître également les limites de cette tumeur : en haut, deux travers de main la séparent de l'arcade crurale.

En bas, un travers de main la sépare du tubercule du troisième adducteur.

En dedans et en dehors, les limites sont assez vagues, cette tumeur se terminant peu à peu sur les faces externe et interne de la cuisse droite.

A l'auscultation, double souffle très net.

Sauf quelques engourdissements survenant lorsque le malade a beaucoup marché, il n'existe aucun trouble trophique. Pas de retard dans les battements de la pédieuse.

Le 24 *octobre*. — J'opère ce malade et je pratique la quadruple ligature avec extirpation du sac — en présence de M. Jacques Reverdin et de plusieurs membres du Congrès de Chirurgie.

Je commence par lier l'artère et la veine fémorales en deux points

au-dessus de la tumeur. Je sectionne ces vaisseaux entre les 2 ligatures et j'essaye de rabattre de haut en bas ces vaisseaux pour extirper la tumeur de la profondeur à la superficie.

Je m'aperçois alors que la poche est recouverte par le vaste interne qui lui adhère intimement : le muscle a été soulevé par la tumeur et la coiffe absolument. Pour disséquer la tumeur je suis obligé de réséquer un lambeau de ce muscle.

En dégageant la partie inférieure de la tumeur qui apparaît bleuâtre, mince et lisse, je fais sur l'artère, au niveau du pédicule du sac, une petite brèche.

Il se produit alors une hémorragie assez abondante ; pour arrêter cette dernière, je vais immédiatement au-dessous de la tumeur placer quatre ligatures sur la veine et sur l'artère.

On place un second catgut de sûreté sur le bout supérieur de la fémorale, et le reste de l'opération s'achève assez facilement.

Surjet profond au catgut.

Crins profonds.

Agrafes.

Pas de drainage. — Malgré les ligatures, la tibiale postérieure n'a jamais cessé de battre pendant l'opération.

3 *novembre 1902*. — Depuis le jour de l'opération, il ne s'est produit aucun incident.

La température n'a jamais dépassé 37°5.

Le membre inférieur est toujours resté chaud, le malade n'a éprouvé que de très légers fourmillements.

On avait essayé au début de mettre le malade dans une gouttière de Bonnet, — mais on dut y renoncer au bout de deux jours, le malade ne pouvant y séjourner plus longtemps.

On enlève les agrafes.

La plaie est en parfait état, — aucun point de suppuration.

12 *novembre*. — On constate un petit hématome à la partie supérieure de la cicatrice — Un peu de fluctuation, mais pas le moindre battement.

14 *novembre*. — Le petit hématome, grâce à un peu de compression, a presque complètement disparu.

19 *novembre*. — Le malade se lève et passe la journée sur une chaise-longue.

22 *novembre*. — Le malade marche avec une canne.

Un peu d'œdème le soir.

25 *novembre*. — Le malade marche et on ne trouve plus rien d'anormal sur son membre inférieur droit.

La pièce examinée après l'opération montra qu'il s'agissait d'un anévrisme artérioso-veineux artériel; c'est l'anévrisme variqueux enkysté artériel des classiques connu aussi sous le nom d'anévrisme de Rodrigues, qui le décrivit le premier en 1840.

La poche appendue à l'artère est sacciforme, mince et contenant un caillot très peu volumineux. Elle a le volume d'un gros

œuf de dinde; elle communique avec l'artère par une sorte de pédicule creux à paroi très mince et du volume d'un crayon.

Entre l'artère et la veine, à un centimètre environ au-dessus de l'ouverture de ce pédicule dans l'artère, on voit une petite ouverture à l'emporte-pièce ayant les dimensions d'une lentille. Cette ouverture fait communiquer l'artère avec la veine sans qu'il y ait aucune dilatation intermédiaire.

Sur la veine, au niveau de sa partie interne, se trouve un noyau de tissu cicatriciel ovulaire, blanchâtre, répondant probablement à la blessure produite par le coup de couteau en juillet 1900.

I. *Restauration du nez (Rhinoplastie totale) par un lambeau brachial doublé d'un lambeau fronto-nasal.*

M. Paul Berger. — Dans la dernière séance je présentais à la Société une opérée sur laquelle j'avais exécuté le premier temps de cette opération. Voici une malade sur laquelle j'ai pratiqué cette sorte de restauration nasale en plusieurs temps, du 14 janvier au 12 août dernier ; elle avait subi une destruction presque totale du squelette ostéocartilagineux et des téguments du nez par un lupus qui lui avait également déformé le front, les paupières, les lèvres. Le nez, complètement affaissé, était transformé en un voile cicatriciel; il y avait oblitération complète de la narine gauche, la narine droite était réduite à un pertuis des dimensions d'un stylet de trousse.

Dans une première opération, le 14 janvier, je rabattis les téguments cicatriciels du nez sous forme d'un lambeau à pointe supérieure, à pédicule implanté en bas, tournant en avant sa face cruentée. Les deux narines furent largement ouvertes. Un grand lambeau, taillé sur le bras par la méthode italienne, fut appliqué sur la perte de substance créée par cet avivement et fut doublé, au niveau de son pédicule, par le lambeau nasal sur lequel s'adaptait sa face cruentée.

Ce pédicule fut coupé au bout de douze jours; le 28 février je me servis de ce pédicule doublé de peau et formant une sorte de trompe, pour reconstituer des narines possédant un tégument interne cutané, formé par la face cutanée du lambeau nasal retourné: la partie moyenne du lambeau brachial forma le revêtement de la sous-cloison : les ailes du nez furent également refaites. Une opération complémentaire perfectionna encore le 12 avril dernier le résultat obtenu : la béance des narines fut assurée par le port, très longtemps prolongé, des tuyaux métal-

liques triangulaires dont je me sers à la suite des reconstitutions analogues. Le résultat obtenu peut être considéré comme parfait; la saillie du nez est normale; les ailes, la sous-cloison sont bien formées, les narines sont largement ouvertes, le lobule du nez présente un contour arrondi presqu'irréprochable; enfin le tégument nasal lui-même a repris, ou peu s'en faut, la même coloration que le reste du visage. La sensibilité même du lambeau transplanté est complètement rétablie.

II. *Rétablissement de la rectitude et de la perméabilité nasales par une opération modelante.*

M. Paul Berger. — Ce n'est pas l'impossibilité complète de la respiration nasale dont il souffrait qui a déterminé le sujet que je vous présente à demander mon intervention, mais la déformation ridicule, invraisemblable que présentait son nez et qui lui rendait l'existence odieuse.

Le nez en effet semblait cassé par le milieu; la partie osseuse formait vers la droite une saillie constituée par une sorte d'exostose dure et bombée; toute la partie cartilagineuse était aplatie et déviée vers la gauche, comme luxée sur la partie osseuse, et écrasée sur la joue gauche et la lèvre supérieure; l'air passait à peine par la narine gauche et pas du tout par la droite.

Cédant au désir du malade, dans une première intervention, je fendis sur la ligne médiane de haut en bas les téguments du nez suivant l'arête du nez; je les décollai largement à droite et à gauche pour découvrir le squelette ostéocartilagineux, je détachai, avec un bistouri fin, les insertions que les cartilages prenaient sur le bord des os propres et sur les apophyses montantes; puis, par des tractions énergiques, je ramenai presque brutalement le nez de gauche à droite, je le redressai en exagérant même la correction cherchée. Avec un ciseau ostéotome très fin, que j'ai fait construire spécialement pour les opérations de cet ordre, je rabotai et j'abrasai la saillie des os propres du nez et l'hypérostose qu'elle constituait vers la droite. Puis, avec un instrument dont je me sers d'ordinaire à cet effet, avec un dilatateur à fistules, introduit dans les fosses nasales droites et gauches, agissant comme avec un instrument à ouvrir les gants, je fracturai la cloison déviée et les cornets, et j'établis une large voie à droite et à gauche, pour le passage de l'air.

La partie cartilagineuse du nez fut fixée, dans sa situation corrigée, aux os propres du nez par quelques sutures au catgut fin, et l'incision cutanée refermée.

Tout récemment, quoique le résultat de la première opération

fût presque parfait, j'ai rouvert l'incision pour abraser la pointe trop caractérisée que présentait encore la saillie des os propres du nez sur la ligne médiane.

Vous pouvez juger que l'opéré présente un nez complètement symétrique, à peu près régulier, tel que personne ne peut le tourner en ridicule ni même le remarquer comme un nez mal fait. Les deux narines sont complètement perméables à l'air, et le sujet peut respirer aussi longtemps qu'il veut la bouche fermée; l'incision nasale, quoique rouverte il y a trois semaines à peine pour le complément d'opération, est presque invisible.

Avec un peu d'habitude de la matière et d'ingéniosité, on peut beaucoup pour réparer les erreurs que la nature a commises dans la confection du nez, ou les désordres qu'un traumatisme accidentel a causés dans la configuration de cet organe.

Enlèvement d'un ostéome du brachial antérieur encapsulé et adhérent à l'humérus droit par un pédicule.

M. Cahier. — Le malade que je vous présente est un artilleur âgé de vingt-trois ans auquel j'ai enlevé un ostéome du brachial antérieur encapsulé et adhérent à l'humérus droit par un pédicule de 3 à 4 centimètres de long. L'opération remonte au mois d'avril dernier et vous pouvez constater qu'il n'y a pas la moindre récidive et que les mouvements de flexion et d'extension du coude, autrefois gênés, ont toute leur amplitude; l'opéré, qui est intéressé dans la question, accuse une certaine douleur particulièrement lors des changements de temps, ce qui est possible, mais il n'y a pas d'atrophie appréciable des muscles du membre. L'ostéome était consécutif à un coup de pied de cheval reçu en décembre 1901.

J'ai opéré quatre mois seulement après l'accident parce que j'ai attendu que l'ostéome fût mûr, pour ainsi dire. Pour reconnaître la maturité de ces tumeurs le procédé est le suivant : on prend la radiographie et si le volume de la masse accusé sur la plaque correspond bien au volume perçu par la palpation manuelle, c'est que toute la masse est suffisamment ossifiée. Au contraire, si la palpation donne l'impression d'une tumeur d'un certain volume qui apparaît réduite sur le cliché, c'est qu'une partie de l'ostéome n'a pas subi l'ossification et laisse passer une partie des rayons X; dans ce dernier cas il faut remettre l'intervention à plus tard; sinon on s'expose, en opérant, à laisser des débris peu

consistants qui s'ossifieront ultérieurement. Un deuxième procédé pourrait être utilisé, ce serait de prendre une radiographie de la tumeur à deux ou trois reprises, en laissant entre chaque pose un intervalle de vingt à trente jours; quand l'examen comparatif des deux derniers clichés montrerait que la tumeur n'est plus modifiée dans son volume, il serait temps de procéder à son ablation.

J'insiste aussi sur ce point que j'ai fait l'extirpation extra-capsulaire; si on la fait seulement endo-capsulaire, comme cela a été recommandé et pratiqué par quelques chirurgiens, on s'expose à une récidive à peu près certaine parce que la capsule est constituée par un tissu fibro-périostique susceptible de reproduire de l'os et que, en tout cas, la conserver c'est laisser dans l'épaisseur des muscles une lame fibreuse qui aboutit à la rétraction.

Je noterai enfin que les cicatrices chez ce malade paraissent avoir une tendance à devenir kéloïdiennes; le même fait est signalé par mon collègue Loison chez un opéré pour ostéome présenté à la Société le 21 février 1900. Peut-être cette particularité est-elle l'indice d'une disposition spéciale de l'économie, d'une sorte d'état diathésique favorisant le développement des ostéomes dans certains traumatismes.

M. Michaux fait observer que l'ombre radiographique de l'ostéome est en continuité avec celle qui est produite par l'humérus, ce qui ferait penser à l'origine périostique.

M. Félizet fait observer que l'ombre de l'ostéome est située un peu plus haut, au-dessus du coude.

M. Cahier fait observer qu'il descendait néanmoins jusqu'au niveau du coude.

Présentation de pièce.

Calcul de la portion pelvienne de l'uretère.

M. F. Legueu. — Je vous présente un calcul que j'ai enlevé de la portion pelvienne de l'uretère chez une femme de trente-sept ans. Depuis sept ans, elle avait des crises de colique néphrétique avec hématuries; à la suite de sa deuxième crise, crise pendant laquelle la température s'était élevée à 40 degrés, elle avait été considérée comme atteinte d'appendicite, et fut opérée à froid. Je

ne crois pas cependant qu'il s'agissait d'appendicite, d'abord parce que cette crise s'était accompagnée d'hématurie, et ensuite parce que les crises ultérieures eurent absolument les mêmes caractères que la première. Ces crises se reproduisirent de plus en plus souvent, et dans ces derniers temps la malade en avait plusieurs chaque mois. Dans l'intervalle, les urines étaient absolument claires et la douleur nulle.

On ne sentait pas le rein droit, bien qu'il fût un peu douloureux : on sentait au toucher vaginal l'uretère droit, mais très vaguement, à tel point que je fis le diagnostic de calcul du rein, et j'opérai la malade par la voie lombaire.

Je trouvai un rein à la fois scléreux et dilaté sans calcul : je l'enlevai. Mais l'uretère était très dilaté et très épaissi : je le décollai de haut en bas, et j'arrivai à sentir dans la portion pelvienne de l'uretère la cause de cette dilatation : c'était le calcul que je vous présente.

Je laissai la malade se remettre de sa néphrectomie, et quinze jours plus tard, j'abordai la partie terminale de l'uretère par la voie inguinale. J'incisai l'uretère près de la vessie et enlevai le calcul. La malade a guéri sans incident.

Présentations de radiographies.

Radiographie d'un ostéome.

M. Cahier présente la radiographie de l'ostéome enlevé chez le malade qu'il vient de montrer et l'ostéome lui-même.

Cette tumeur a la forme d'un « ballon dirigeable »; parallèle au plan antérieur de l'humérus sur lequel elle s'insérait par un pédicule rétréci de 3 centimètres de long, elle a 7 centimètres de long, 3 de haut, 2 1/2 d'épaisseur; elle est formée de tissu spongieux dans l'épaisseur duquel la capsule envoyait des prolongements, et n'a pas de cavité centrale.

Corps étranger de la bronche droite (pièce de cinquante centimes). — Expulsion provoquée sous l'anesthésie chloroformique par la percussion violente du thorax.

M. Pierre Sebileau. — Le 15 novembre, un homme d'une quarantaine d'années, vigoureux, qui était en compte avec un de ses

amis, reçut en paiement de ce dernier une pièce de cinquante centimes. Ayant placé cette pièce entre les arcades dentaires, il se mit à chercher dans une sacoche la monnaie de billon qu'il avait à rendre.

Surpris par l'arrivée de quelqu'un qui, brusquement, lui frappa sur l'épaule, notre homme se retourna et, dans un mouvement d'inspiration qu'il fit, la pièce disparut.

Alors, il y eut un accès de suffocation très violent. On percuta le thorax du plat de la main. Et le malade sentit douloureusement la pièce descendre, tomber dans la trachée et s'enfouir dans le thorax.

Deux jours après, il se présenta à Lariboisière, à la consultation de mon service.

Il se plaignait seulement d'un point de côté fixe, siégeant à droite, au niveau de la sixième côte environ, dans la région mamelonnaire, et d'une toux intermittente et rare de forme quinteuse « semblant partir du point douloureux » et non suivie d'expectoration.

L'examen laryngoscopique me montra, sur la face antérieure de la trachée, une ecchymose étroite et allongée et, à côté de celle-ci, une petite traînée sanguine, qui me firent penser que la pièce avait bien en effet, pénétré dans les voies respiratoires.

La preuve nous vint de la radiographie.

Vous pouvez voir, sur l'épreuve que je vous présente, une pièce métallique arrondie, placée de front dans le thorax, à la hauteur de la sixième vertèbre dorsale, masquant, sur le flanc droit de la colonne vertébrale, le col de la côte correspondante.

Ce point doit correspondre à l'origine de la bronche moyenne droite.

Je résolus d'appliquer tout d'abord un procédé de douceur. Le petit volume du corps étranger, de forme arrondie, le peu de temps depuis lequel il séjournait dans les bronches, la sensation que le malade avait éprouvée, la veille encore, du déplacement de la pièce dans l'arbre repiratoire me faisaient espérer qu'une méthode simple aurait quelques chances d'être couronnée de succès.

En cas d'échec, avant de faire la bronchotomie, j'aurais essayé de me procurer l'instrumentation de Killian (1) pour pratiquer l'extraction par la « bronchoscopie directe », quoique je ne sois en aucune manière familiarisé avec cette méthode qui n'a, d'ailleurs, été appliquée que peu de fois encore et qui, à en juger par les

(1) Gustave Killian. Les résultats diagnostiques et thérapeutiques obtenus par les méthodes endoscopiques diverses, in *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, sept. 1902, p. 193.

descriptions résumées que j'en ai lues récemment, me paraît d'une exécution vraiment difficile.

Voici donc comment je procédai, avec l'aide de mes amis Lombard et Caboche, suppléant et assistant de mon service.

Tout ayant été préparé pour une trachéotomie d'urgence, le malade fut placé sur un plan très incliné. La bouche fut maintenue grande ouverte par un écarteur et l'isthme du gosier bien éclairé par le miroir de Clares; nous espérions ainsi, au cas où la pièce serait expulsée dans un accès de toux convulsive, la pouvoir saisir à la hâte et éviter sa pénétration dans l'œsophage par un mouvement de déglutition.

Pendant trois minutes environ, des secousses latérales vives et répétées furent imprimées au thorax sans aucun résultat ces manœuvres furent alors remplacées par la percussion thoracique : du bord cubital du poing fermé, l'on frappa la poitrine par coups répétés et fréquents portés sur le pourtour de la région mamelonnaire.

Après deux minutes, survint une série d'expirations brusques, saccadées, suivies de quelques secondes de calme. Les manœuvres furent continuées et, après trois ou quatre crises d'une toux quinteuse, sèche, précipitée, convulsive, séparées par une inspiration, la pièce de cinquante centimes fut projetée avec violence contre le voile du palais, et tomba au milieu de quelques mucosités dans l'arrière-bouche, où elle fut prise, séance tenante, avec une pince, l'éclairage nous ayant permis, si je puis ainsi parler, d'assister à son expulsion.

Les suites de cette petite « opération de douceur » furent excessivement simples, comme bien on pense. La douleur mamelonnaire disparut; il n'y eut ni toux, ni expectoration et quarante-huit heures après, le malade quittait mon service.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Schwartz qui, retenu à la chambre par la grippe, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. Beurnier qui, retenu à la chambre par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

4°. — Un travail de M. le Dr Morer, médecin principal de 2e classe, intitulé : *Les cas d'appendicites opérés dans les salles militaires, pendant l'année* 1902. — Le travail de M. Morer est renvoyé à une Commission dont M. Chauvel est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. Michaux dépose sur le bureau deux travaux de M. le Dr Mordret fils (du Mans). L'un d'eux est intitulé : *Tumeur de la paroi abdominale résultant de la migration de calculs biliaires*; l'autre : *Volumineux fibrome suppuré du ligament large. Ablation par laparotomie. Guérison.*

Les deux travaux de M. Mordret sont renvoyés à une Commission dont M. Michaux est nommé rapporteur.

M. Albarran dépose sur le bureau la thèse inaugurale que le Dr Jean Petit, adresse à la Société à l'appui de sa candidature au

prix Duval. — La thèse du Dr Petit, intitulée : *De la prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie simple de la prostate* est renvoyée à la Commission des prix.

Sur la suture osseuse par agrafes.

M. Reclus. — Dans la séance du 6 novembre dernier, M. Dujarrier vous a présenté un opéré dont la pseudarthrose avait été guérie par l'application d'agrafes métalliques d'après un procédé attribué à M. Jacoël. Il y a là une erreur. M. Paul Anghel (de Jassy) et chirurgien de l'hôpital Saint-Spiridon, avait eu, lorsqu'il était mon externe, l'idée de ces agrafes, et arrivé dans son pays, il a mis son idée à exécution. Un premier malade fut opéré avec l'aide de M. Anghel par le professeur Démosthène ; un second par M. Paul Anghel lui-même, et les résultats ont été excellents. Du reste, un article a été publié sur ce sujet dans le 1er numéro de 1898 de la *Revue de chirurgie* du professeur Jonesco. La réclamation de M. Paul Anghel est donc justifiée. Il est inutile d'ajouter que son travail avait échappé à MM. Jacoël et Dujarrier qui, s'ils l'avaient connu, auraient rendu à leur précurseur la justice qui lui est due.

M. Quénu demande quelle est la forme de ces agrafes.

M. Reclus. — Exactement la même que celle de M. Dujarrier.

M. Quénu. — Je fais observer à M. Reclus que les agrafes de Jacoël ne sont pas du tout, comme il le prétend, semblables à celles de M. Anghel. Je figure au tableau les agrafes de Jacoël et celles de M. Anghel d'après son propre dessin ; vous voyez la différence, elle porte sur la partie pénétrante de l'agrafe. Celle-ci, chez M. Jacoël, est composée d'une série de petites pyramides superposées ; cette disposition en barbes d'épi facilite la pénétration, empêche l'éclatement, assure la solidité ; l'agrafe a été employée bien avant M. Anghel ; j'avais insisté déjà sur ces points quand j'ai présenté les agrafes de Jacoël, des malades et des radiographies.

M. Reclus. — Avant de prendre ici la parole, je m'étais empressé d'envoyer à M. Dujarrier lui-même, le mémoire de M. Anghel et M. Dujarrier m'a répondu que s'il avait connu le travail de M. Anghel, il se serait hâté de proclamer la similitude des deux procédés.

Rectification à la rédaction du procès-verbal.

M. Routier. — Permettez-moi de protester tout de suite contre les chiffres qu'a donnés notre collègue Reynier, page 1108 de nos bulletins : ces chiffres ne concordent nullement avec les statistiques que j'ai publiées :

Ces statistiques au nombre de trois, se trouvent :

La première dans nos bulletins, t. XXV, page 155 (année 1899).

La voici :

35 appendicites	à froid	35 guéris.		
33 —	aiguës, localisées avec ou sans abcès.	32 —	1 mort.
24 —	en pleine péritonite	13 —	11 morts.
92 appendicites.		80 guéris.	12 morts.

Elle comprend tous les cas que j'ai vus de janvier 1897 à fin février 1898.

La seconde se trouve dans la *Presse médicale* n° 99, samedi 1er décembre 1900.

90 appendicites	à froid	90 guéris.	
9 —	abcès sans ablation d'appendice	9 —	
24 —	avec ablation d'appendice	24 —	
2 —	subaiguës	2 —	
14 —	aiguës	14 —	
28 —	avec péritonite diffuse	19 —	9 morts
5 —	avec pyo-salpinx	5 —	
4 —	avec pyo-néphrite, hystérie abdom.	4 —	
176 appendicites.		167 guéris.	9 morts.

Cette statistique comprend tous les cas que j'ai vus du 1er mai 1898 au 10 août 1900.

La troisième est celle que j'ai publiée dans ma communication dernière ; je n'en rappellerai que le résultat : 107 opérés, 100 guéris, 7 morts. Elle s'étend jusqu'au 1er mai 1902.

En totalisant ces trois statistiques, on obtient : 376 opérés, — 348 guéris, — 28 morts. Ce qui donne en bloc 7 p. 100 de mortalité, et j'attire l'attention sur ce dernier point : je n'ai jamais refusé d'opérer un malade, quelque désespéré qu'il fût, ce qui n'est pas le cas des abstentionnistes ; M. Reynier opposait victorieusement à ma statistique celle de M. Walther avec 4 p. 100 de mortalité ; mais traitée au point de vue des cas aigus, cette même statistique donne 35 p. 100 de morts. On peut tout faire dire aux chiffres, ainsi que je le disais dans ma communication.

M. Reynier. — J'ai pris mes chiffres dans la *Presse médicale*.

Lecture.

Cystocèle vaginale. Son traitement par la réfection du diaphragme musculaire pelvien (1),

par M. E. DELANGLADE, correspondant national,

Imbu des idées de mon maître, M. Farabeuf, sur l'importance du diaphragme constitué par les releveurs coccypéritonéaux dans la statique des organes pelviens, j'ai traité un cas de prolapsus total de l'utérus et un cas de cystocèle vaginale par le rapprochement du bord interne de ces muscles.

Mes opérations datent d'un an (16 et 30 novembre 1901). Toutes deux ont été faites dans le service de mon maître, le professeur Queirel. Elles ont été, le 7 février 1901, l'objet d'une communication orale au Comité médical des Bouches-du-Rhône. J'aurais attendu pour vous en entretenir d'avoir fait sur ce sujet de nouvelles recherches, si les très intéressantes communications que vous ont faites MM. Gérard-Marchant et Delbet et le bon travail de MM. Duval et Proust n'avaient mis en quelque sorte la question à l'ordre du jour.

Mon intervention se rapproche de celle de ces auteurs par l'idée directrice de rétablir la nappe musculaire et de rétrécir l'orifice laissé libre entre le bord interne des releveurs refoulés vers la paroi pelvienne. Elle s'en distingue en ce que ma *myorraphie a été faite en avant et au-dessus du vagin*, *en arrière et au-dessous de la vessie*, entre ces deux conduits et non en arrière entre le vagin et le rectum. La cystocèle était primitive et prépondérante dans mon premier cas, ainsi que de coutume, elle était isolée dans le deuxième. Il me semblait donc essentiel de soutenir avant tout la vessie. Or, si la colpo-périnéorraphie permet de reconstituer un corps périnéal épais et résistant, car elle utilise les muscles de la région, la colporraphie antérieure se bornant à une excision tégumentaire suivie d'une suture dans laquelle on ne peut comprendre que du tissu cellulaire lâche ne donne qu'une réfection illusoire. L'opération achevée, la vessie repose sur un plan résistant, mais à l'usage la cicatrice se laisse distendre comme cela se passerait si on traitait une éventration par la suppression d'une grande étendue de peau sans reconstitution musculaire. C'est pour obvier à ce vice fondamental, insuffisamment pallié par les suspensions

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

directes ou indirectes de la vessie et même parfois par la colpo-périnéorraphie concomitante que M. Delbet a imaginé d'interposer les ligaments ronds entre le vagin et la vessie. Mais outre que cet ingénieux procédé n'est de mise que dans les cas justiciables de l'hystérectomie, il m'a semblé que si l'on pouvait faire reposer le réservoir urinaire sur un véritable plancher élastique et contractile, les conditions seraient meilleures. C'est d'ailleurs ce qu'ont fait MM. Gubaroff (de Dorpat) et Folet (de Lille). Mais si l'on compare leur manière de faire bien connue aux procédés de cure opératoire de hernie, on voit que la première rappelle la suture sous-cutanée du trajet à la façon de Wood par exemple, la deuxième la réfection de la paroi par un tissu de granulations comme la pratiquait primitivement Mac Burney. A cela on préfère unanimement dans toute cure d'éventration ou de hernie la recherche des divers plans et leur suture lorsqu'ils ont été reconnus et érignés. J'ai voulu me comporter de même vis-à-vis de la cystocèle.

La technique a différé dans mes deux interventions. Pour la première, afin d'aborder plus facilement les bords des releveurs qui étaient écartés de toute la largeur de la main (on les sentait au toucher, le prolapsus une fois réduit, et l'intervention a démontré qu'il n'y avait pas eu erreur d'interprétation) j'ai fait à un travers de doigt en arrière du méat une incision transversale de la paroi antérieure du vagin sur toute sa largeur, complètement décollé la vessie du vagin et placé en eux de longues valves d'hystérectomie vaginale. Dans l'angle dièdre de séparation des viscères on put reconnaître très facilement le bord des releveurs. Ils furent chargés en deux fois sur une aiguille à pédale à grande courbure et rapprochés par six fils, deux soies, quatre catguts au point d'être mis au contact l'un de l'autre. Cela n'alla pas sans anicroche : en certains points le muscle se dilacère sous la traction du fil dans le sens de la longueur, c'est-à-dire dans le sens antéro-postérieur et il faut le reprendre plus en dehors. En d'autres points par le même mécanisme, deux fils glissent l'un vers l'autre et se superposent. On arrive néanmoins à remettre les deux muscles en contact sur une étendue antéro-postérieure de trois travers de doigt et l'on constate aussitôt la présence sous la vessie d'un plan très résistant. La paroi antérieure du vagin dont aucune parcelle n'a été sacrifiée est ensuite suturée transversalement.

Dans ma deuxième opération j'ai fait une colporraphie antérieure mais complétée par la recherche des bords internes des releveurs qui ont été chargés par les fils qui traversaient la tranche vaginale. Le derme a ainsi prêté appui aux fibres musculaires au moment de la striction et empêché toute dilacération.

Dans le même esprit, j'avais eu soin de poser mes fils à une distance variable des bords.

Les suites ont été normales pour mes deux malades. J'ai eu d'excellentes nouvelles de l'opérée de cystocèle huit mois après l'intervention. Pour l'opérée de prolapsus, elle n'est pas revenue, malgré mes recommandations, et je le regrette, car je ne suis pas sans préoccupation au sujet de son résultat définitif. J'avais, en effet, complété chez elle mon intervention dans une séance ultérieure par une colpo-périnéorraphie qui avait malheureusement suppuré et lâché. Elle n'avait donc pour lutter contre la récidive du prolapsus complet que sa myorraphie antérieure. Je dois dire cependant que la troisième fois que je l'ai revue, deux mois et demi après cette opération, son utérus était resté haut placé, qu'il avait subi une véritable involution, sa cavité ne mesurant que 7 à 8 centimètres au lieu de 13 avant l'opération que l'on sentait une résistance ferme au-dessous de la vessie, bien qu'il n'y ait eu aucune résection vaginale, que l'effort provoqué ne tendait pas à reproduire le déplacement.

Chez mes deux malades j'avais trouvé, avant l'opération, l'utérus en rétroversion; après, il avait repris et conservé, tant que j'ai pu les suivre, sa direction normale. Rien n'avait été fait cependant en vue de corriger ce déplacement. Cela n'aurait-il pas la signification que voici : on attribue à la rétroversion si fréquente dans le prolapsus un grand rôle pathogénique, l'utérus ne pouvant dit-on s'invaginer dans le vagin qu'après s'être mis dans son axe. Ce raisonnement suppose deux choses : 1° que la descente commence par la matrice; 2° que la rétroversion s'opère autour d'un axe passant par le col, point normalement le plus fixe. La première ne correspond pas à la généralité des cas, la cystocèle étant très habituellement primitive. Et cela justement rend suspecte la seconde. N'est-ce pas, dans le prolapsus, le changement de situation du col, son rapprochement de la symphyse puis l'effet de la traction de la paroi antérieure du vagin qui, le corps restant en place, fixé par ses ligaments, tend à modifier l'inclinaison de l'utérus et finalement à la mettre en rétroversion. Ce fait qu'il a suffi de reconstituer entre le pubis et lui un plan résistant pour la remettre en antéversion cadrerait avec cette hypothèse.

Pour ce double motif : possibilité de faire à la vessie un plancher élastique et contractile et peut-être de corriger la retroversion utérine, la myorraphie antérieure mérite, ce me semble, d'être étudiée. J'ai voulu la faire dans un autre cas de cystocèle et je n'ai pu traverser les releveurs. Etaient-ils atrophiés ou plutôt n'ai-je pas suffisamment décollé le vagin de la vessie? Je l'ignore, mais je ne puis taire ce fait négatif.

Discussion

Sur l'appendicite.

M. P. MICHAUX. — Depuis les travaux de nos collègues Brun, Broca, Jalaguier, Roux, depuis que mon excellent collègue et ami Jalaguier m'a fait connaître les excellents résultats de sa pratique, je suis devenu *temporisateur* dans le traitement des appendicites aiguës.

Avec l'expérience, je vois même s'agrandir tous les jours le champ de la temporisation et du refroidissement des appendicites aiguës ; et j'arrive aujourd'hui avec cette méthode bien conduite et poussée à fond à des résultats excellents que j'attribue à la rigueur avec laquelle je traite par le froid les appendicites aiguës avec grosse réaction péritonéale qui se présentent dans ma pratique.

Si tous nos collègues n'obtiennent pas les mêmes résultats par cette méthode, je pense que cela tient à ce qu'ils ne l'appliquent pas avec assez de rigueur; on me pardonnera donc de rappeler ici très brièvement ma manière de faire.

La première condition d'un bon refroidissement est l'observation régulière et méthodique de la température et du pouls.

Chez tous mes malades, à partir du moment où ils sont confiés à mes soins, j'exige que la température et le pouls soient notés toutes les trois heures.

Les tracés ainsi obtenus vous renseignent d'une façon pour ainsi dire mathématique sur la marche de la maladie.

La surveillance du chirurgien, deux ou trois fois par jour, permet de compléter ces renseignements par la vue de l'état général, par le palper de l'abdomen, par l'étude du fonctionnement digestif, par l'examen des urines et du sang.

Les applications de glace sur l'abdomen sont l'objet de tous mes soins.

Pour que la glace produise tout son effet il faut que ses applications soient faites largement, directement et d'une façon continue. J'emploie donc plusieurs vessies deux ou trois dans lesquelles la glace est renouvelée toutes les deux ou trois heures. Je n'interpose entre la vessie de glace et la peau du ventre qu'une ou deux feuilles de gaze souple, parfois même dans les cas graves, j'exige l'application directe de la vessie de glace. Je surveille étroitement les effets de cette application, à laquelle je joins comme vous la diète absolue ou hydrique, l'opium et l'immobilisation sévère et les injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Cette médication est poursuivie pendant trois semaines à un mois, quelquefois plus ; elle nous donne les meilleurs résultats.

La température s'abaisse parfois en moins de vingt-quatre heures, le pouls diminue de fréquence, tombe de 130 à 90 ou 100, le ventre s'assouplit, le ballonnement tombe, les vomissements cessent, l'état général se transforme avec une rapidité parfois étonnante.

Grâce à cette méthode, j'ai pu triompher cette année des formes les plus graves. Je citerai notamment une femme enceinte passée dans mon service par mon collègue M. Bonnaire, qui la jugeait perdue et atteinte de péritonite aiguë; trois malades atteintes d'appendicite aiguë avec réaction péritonéale des plus graves, ballonnement du ventre, vomissements et infection profonde se traduisant par des parotidites infectieuses qui se sont terminées deux fois par suppuration, une fois par résorption ; et deux autres malades que j'ai trouvés en rentrant au mois d'octobre dans mon service avec un état général et local très grave, et qui à partir du moment où je les ai traités ont été très régulièrement refroidis, comme le prouve leur tracé de température.

Je crois même que la méthode du refroidissement ne calme pas seulement les réactions péritonéales — (je dirai plus), les péritonites commençantes les plus sérieuses, je pense qu'elle favorise la phagocytose et la disparition de bon nombre de collections péritonéales purulentes. — J'ai vu notamment chez 3 malades des indurations péri-cæcales, des plastrons iliaques très nets disparaître complètement en quelques jours.

Sur 50 malades atteints d'appendicite que j'ai observés depuis le commencement de 1902, tant en ville qu'à l'hôpital, 45 ont été opérés :

Trente-neuf à froid avec 39 guérisons;

Six à chaud avec 4 guérisons et 2 morts.

Un malade a été apporté dans le service avec une péritonite appendiculaire ; il est mort le jour de son entrée.

Cinq malades ont été, en outre, si satisfaits de leur refroidissement qu'il n'ont pas accepté l'opération ou l'ont ajournée. En quoi j'estime, d'ailleurs, qu'ils ont eu tort, car autant je suis temporisateur et partisan du refroidissement des appendicites aiguës, autant je suis fervent partisan de la résection à froid de l'appendice, faite au bout de trois à cinq semaines de traitement, toutes les fois qu'il y a eu une crise bien nette et bien localisée d'appendicite.

J'ai cependant perdu en ville un malade que je traitais par le refroidissement pour un crise très grave d'appendicite aiguë.

Mais il s'agissait d'un homme gras, albuminurique, âgé d'une

soixantaine d'années, avec un intestin tout à fait défectueux.

Appelé chez lui au troisième jour, j'instituai d'accord avec M. Bucquoy le traitement le plus sévère que je chargeai un de mes élèves de surveiller de la façon la plus rigoureuse.

J'obtins, en effet, un résultat immédiat très satisfaisant : chute de la température et du pouls, dégonflement du ventre, rétablissement de la circulation des gaz et des matières.

Quatre jours après, tout paraissait en très bon état, quand dans la nuit du jeudi au vendredi, pendant que mon élève était descendu renouveler la glace, le malade, homme très actif et très remuant, difficile à immobiliser, voulut se lever, il éprouva immédiatement une vive douleur et succomba douze heures après à une péritonite généralisée.

Ce cas est sans doute contraire à la méthode, mais il y a eu de tenir compte des indications graves de l'état général, et d'ailleurs, j'ai été témoin, il y a quatre ou cinq ans, du fait inverse, dans des conditions tout à fait analogues. J'ai vu un homme de même âge, de même corpulence, de même fonctionnement intestinal imparfait, traité par l'ouverture rapide d'une collection purulente enkystée et qui succomba en trois ou quatre jours malgré tous nos efforts.

Mes résultats d'ensemble sont, d'ailleurs, tout à fait confirmatifs de cette manière de voir.

Sur plus de 50 malades opérés en ville depuis 1899, je n'ai eu à déplorer qu'un seul décès, chez un enfant très fortement intoxiqué, que j'ai opéré à chaud dès que je l'ai vu, malgré les conditions tout à fait désavantageuses que j'avais pris soin de signaler à la famille dès mon arrivée.

La mortalité hospitalière dans la même période s'élève au chiffre de 8 pour 84 cas.

Ces huit interventions ont été faites à chaud soit par moi, soit par mes internes, deux fois par mes suppléants : quatre fois, il s'agissait de péritonites aiguës; quatre fois, de simples collections purulentes étendues.

Nous n'avons eu aucune mort à déplorer pour les opérations à froid.

Je reste donc de plus en plus partisan de la temporisation et du refroidissement suivi ultérieurement de la résection à froid dans le traitement des appendicites aiguës.

Je n'admets, comme exception à cette règle, que les cas de péritonite généralisée, ou les collections purulentes qui résistent manifestement au refroidissement sévère que j'ai préconisé tout à l'heure.

Il faut tenir compte de ce fait que nous sommes obligés de

prendre les malades tels qu'on nous les envoie et quand on nous les envoie. Je pense que si nous étions toujours appelés dès le début, nous pourrions toujours refroidir les appendicites aiguës. Notre formule serait simple.

Si nous sommes obligés d'intervenir, cela tient au retard apporté à notre visite, et aux fautes commises dans le traitement médical.

Indépendamment du résultat immédiat il faut encore tenir compte du résultat secondaire, du résultat éloigné.

Ici encore, les conclusions sont tout à l'avantage de la résection à froid :

Guérison plus rapide et plus parfaite.

Absence d'adhérences péritonéales entravant le fonctionnement intestinal.

Cicatrice abdominale plus belle, plus souple, plus solide. Absence d'éventration.

Autant d'arguments qui ont bien leur valeur et qui méritent d'être pris en sérieuse considération.

M. E. Potherat. — C'est un devoir pour chacun de nous de venir dire, à cette tribune, ce qu'une expérience fréquemment renouvelée, lui a appris au sujet du traitement de l'appendicite. Ce devoir est plus impérieux pour ceux qui, mêlés à la grande discussion, de 1898-1899, ont pu, pendant ces trois dernières années, juger, dans le champ d'une pratique très active la valeur des opinions en présence.

Notre collègue Chaput, dans cette précédente discussion, avait, grâce à un artifice de langage qui nous avait à ce moment paru assez heureux, divisé les chirurgiens en *radicaux* et *opportunistes*. Mais par une tendance assez naturelle, au fur et à mesure que s'estompait, dans l'éloignement, l'exposé de nos opinions, les esprits ont fait de cette figure de rhétorique, une classification ferme et définitive. Et alors on s'est peu à peu habitué à considérer les *radicaux* comme des foudres de chirurgie, assoiffés d'intervention, ayant toujours un bistouri levé et prêt à ouvrir la fosse iliaque des pauvres humains, au seul mot d'appendicite. Et je vois encore à deux ans de distance la profonde stupéfaction peinte sur le visage d'un confrère qui m'avait appelé auprès d'un homme atteint d'une appendicite, manifestement en voie de résolution. Je proposais la temporisation au grand étonnement de ce confrère. Aussi ne put-il s'empêcher de s'écrier : « Mais je vous croyais un radical »!

Il n'est pas de chirurgien, digne de ce nom et conscient de son devoir, qui mérite, fût-il, passez-moi ce néologisme, *radicalissime*,

d'être considéré sous cet aspect, et attribuer au terme de radical une semblable signification en chirurgie, c'est commettre volontairement ou inconsciemment une erreur flagrante.

Tous, nous n'intervenons chirurgicalement qu'après un examen détaillé et minutieux du malade, une mûre réflexion sur les avantages et les inconvénients que peut présenter l'intervention au point de vue du salut de ce malade. Mais ces raisons du pour et du contre peuvent être appréciées différemment par chacun, et déterminer une intervention précoce ou retardée, ou même conduire à l'abstention. C'est une question d'opportunité qui fait la seule différence de tactique entre nous; nous sommes donc tous des *opportunistes* et nos désaccords, qu'on croit si profonds, sont en somme comme l'a dit avec beaucoup de raison à Bruxelles, notre collègue Broca, bien plus apparents que réels. Relisez, en effet, les statistiques de tous ceux qui ont été qualifiés de radicaux, et vous verrez à côté d'un gros total d'interventions à froid un petit nombre d'interventions à chaud. Et parmi les interventions à froid beaucoup ont été préméditées, ainsi qu'on peut en juger en parcourant les services de ces soi-disant outranciers, et en voyant de nombreux malades à la diète relative, portant sur le ventre un sac de glace, et refroidissant une appendicite. C'est ainsi que les choses se passent dans mon service et je figure parmi les radicaux.

Cette erreur d'appréciation basée sur une fausse acception de la valeur relative des mots, n'est pas moins manifeste lorsqu'on nous divise en *interventionnistes* et *non-interventionnistes*. En effet, y en a-t-il un seul parmi nous qui n'opère pas, sinon *toutes*, au moins *quelques* appendicites? Y en a-t-il un seul qui, de parti pris opère quand même et toujours l'appendicite? Non, n'est-ce pas. Nous sommes donc tous des *interventionnistes*, opérant au moment que chacun de nous juge opportun ou des non-interventionnistes à l'occasion.

Laissons donc à d'autres enceintes ces désignations qui n'ont heureusement rien de scientifique et que chacun de nous, sans souci d'aucune étiquette, réponde avec son expérience personnelle, et en donnant les raisons de sa conduite, à ces questions qui font tout le fond de la discussion.

L'appendicite doit-elle être toujours opérée? — Dans quel cas faut-il s'abstenir d'intervenir, dans quels cas convient-il d'opérer? — Quelle valeur doit-on attribuer au traitement médical? — C'est sur ces différents points que je vais maintenant m'expliquer.

Je n'*opère pas toutes les appendicites*. Je m'abstiens dans deux circonstances. Lorsque l'attaque a été légère, ou extrêmement passagère; je tiens le malade en observation et j'attends. Mais si

l'attaque se renouvelle, même sous une forme légère, je propose l'intervention : l'observation de chaque jour nous montre qu'à plusieurs attaques légères peut succéder, tout à coup, une attaque d'une extrême gravité.

Je m'abstiens encore d'intervention chirurgicale quand je suis appelé auprès d'un malade qui, après une attaque plus ou moins violente, a évacué du pus par les garde-robes, si toutefois cette évacuation s'accompagne d'une rapide et complète disparition de tous les accidents. C'est un mode exceptionnel de guérison, mais il n'est pas contestable que la guérison définitive ait pu être ainsi réalisée. Comme vous tous j'en ai observé des exemples.

Toutefois, il ne faut pas, même dans ces cas, renoncer à la vigilance ; il n'est pas rare de voir, après l'évacuation purulente dans l'intestin, après une courte période d'amélioration, apparaître de nouvelles douleurs, de la fièvre, de l'agitation, suivies bientôt d'une seconde évacuation qui ne met plus fin aux accidents. Ceux-ci se renouvellent, amenant les grandes oscillations de la température, les sueurs profuses, l'amaigrissement, l'hecticité et la mort. J'en ai publié des faits aussi démonstratifs que lamentables.

Aussi pour peu qu'après l'évacuation de pus dans l'intestin il persiste quelque empâtement dans la fosse iliaque, quelques mouvements fébriles, j'estime qu'il vaut mieux donner à ce pus une large issue vers l'extérieur par l'incision de la fosse iliaque, qui me permettra bien souvent en outre, d'enlever l'appendice malade. J'obtiendrai ainsi, sans risques, une guérison plus sûre et aussi plus rapide.

En dehors de ces deux ordres de faits et en laissant de côté, les malades que nous voyons *in extremis*, j'opère tous les malades atteints d'appendicite, mais je les opère à une heure qui varie avec le *stade* de la maladie, en évolution au moment où je les vois, ou avec la *forme* de l'attaque, et suivant que l'appendicite est *subaiguë* ou *aiguë*.

Le plus souvent, en ville aussi bien qu'à l'hôpital, nous sommes appelés à voir le malade atteint d'appendicite alors que les accidents violents du début : coliques, vomissements, météorisme, altération profonde des traits, ont cessé pour faire place à des accidents purement locaux de douleur dans la fosse iliaque droite, de défense légère de la paroi, d'induration profonde, assez nettement limitée. Nous nous trouvons alors en présence d'une appendicite à évolution subaiguë, ou d'une appendicite en voie de résolution.

L'expérience, fréquemment renouvelée, nous a appris que dans ces cas il est tout à fait exceptionnel de voir l'évolution subaiguë être entravée par le retour d'accidents aigus, et le plus sou-

vent la maladie marche vers une résolution relative ou complète; de sorte que, lorsqu'on intervient tardivement, on tombe sur un appendice qui paraît sain au premier abord et dont l'ablation est des plus simples.

Aussi, en pareil cas, je *temporise* de parti pris, et je m'en tiens à la médication des symptômes : de la glace sur le ventre, s'il y a quelque douleur, une alimentation légère mais suffisante pour soutenir les forces de malade, quelques lavements émollients s'il y a rétention des matières fécales dans le gros intestin. J'opère donc *à froid*.

Il est d'ailleurs bien entendu que si la persistance des douleurs locales, l'existence d'un empâtement mal limité et qui progresse, les oscillations de la température m'indiquent la présence du pus ou la formation non douteuse d'un abcès, je ne vais pas attendre la constitution d'un plastron, l'œdème et la rougeur des tissus superficiels. Je fais sans retard l'incision de Roux, et je me porte vers le foyer péri-appendiculaire de dehors en dedans, d'avant en arrière.

J'ai incisé, j'ai décollé de dehors en dedans et soulevé le cæcum; derrière lui j'ai trouvé un abcès. Que vais-je faire? Evacuer le pus, cela va de soi. Faut-il laver ou ne pas laver? Les avis diffèrent : moi je lave avec de l'eau stérilisée, ou une solution légère de biiodure de mercure; mais je le fais sans violence, et après avoir préparé un très facile écoulement vers l'extérieur de manière à ne pas projeter du pus dans le ventre. J'éponge et j'assèche bien. Vis à vis de l'appendice lui-même voici comment je me comporte; je cherche toujours à l'enlever et je dois dire, que j'y réussis presque toujours. Pour cela, il faut évidemment d'abord le trouver; ce serait parfois difficile si nous n'avions un point de repère qui ne peut tromper son insertion sur le cæcum. Quand j'aurai ce point d'insertion, quand je verrai le bout adhérent du vermiforme, il me sera aisé de suivre le cordon, et de le détacher sans produire ces grands délabrements que quelques-uns me paraissent beaucoup redouter, et qu'ils ont rendus d'ailleurs redoutables à nos yeux en les faisant plus considérables qu'ils ne sont en réalité quand on procède méthodiquement. Il est bien entendu que si l'appendice est séparé du cæcum, ce qui se voit assez souvent dans les abcès, je n'irai pas le chercher envers et contre tout; dans ce cas mon repère, c'est-à-dire, l'insertion sur le cæcum, me faisant défaut, j'irais au hasard, en aveugle, je serais dangereux pour mon malade, je me contente d'évacuer l'abcès et de le drainer.

Si je tiens à enlever l'appendice, ce n'est pas dans la crainte de voir persister une fistule, ce qui ne serait pas une grosse complication. Cette fistule souvent passagère d'ailleurs, ne nécessiterait

au pis aller qu'une intervention secondaire ordinairement bénigne; ce que je crains davantage, en laissant un appendice toujours très altéré en pareil cas, c'est d'exposer mon malade à des infections secondaires graves, localement, ou à distance vers le foie, les plèvres, etc.

En résumé, j'opère *à froid* les appendicites *subaiguës*, ou en voie de résolution au moment où je les vois. Or ces cas sont de beaucoup les plus fréquents de notre pratique à tous; de là vient que, dans la statistique des plus interventionnistes d'entre nous, ils constituent la très grande majorité des opérés. A moi comme à vous ces cas ont donné un succès constant, quand l'appendicite était en complète résolution; un succès *presque* constant, quand il y avait un abcès.

Si donc nous étions capables de diriger à notre gré l'évolution d'une appendicite; si nous pouvions, à volonté, faire de toute appendicite une appendicite refroidie, en résolution, il n'est pas douteux que nous ne devrions n'opérer qu'à froid, puisque, ce faisant, nous donnerions à notre opéré, toutes chances de succès.

Je passe, en effet, aisément condamnation sur les difficultés, et par suite, les dangers occasionnels que peut présenter l'opération à froid dans les circonstances où l'appendice est perdu, ratatiné au milieu d'adhérences, où il est tellement accolé aux parois du cæcum, qu'il est presque fusionné et qu'il faut le sculpter dans ces parois.

Mais pouvons-nous régler la marche de toute appendicite : et que convient-il de faire en présence d'une appendicite *aiguë*, quand nous sommes appelés auprès du malade dès les premières heures, au moment où viennent d'éclater les accidents que je n'ai point à rappeler? C'est bien ici, qu'est le nœud de la question : C'est ici seulement qu'apparaît le désaccord entre les chirurgiens puisque les uns se prononcent pour l'intervention précoce, les autres restant fidèles à la *temporisation* quand même.

Personnellement, aujourd'hui comme il y a trois ans, je suis pour l'intervention précoce, et toujours pour les mêmes raisons.

A ce moment de la maladie, personne ne peut dire ce que sera l'évolution ultérieure. Or si cette évolution peut-être simple; si la maladie peut au bout de quelques jours marcher plus ou moins vite vers la résolution, ou vers la formation d'un abcès ce qui est une destinée relativement bénigne, il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. L'appendice peut, en très peu de jours, en très peu d'heures se gangrener en totalité ou se sphacéler partiellement, se perforer et donner tous les signes d'une péritonite putride à marche rapide et presque fatalement mortelle. Consultez toutes les statistiques et vous n'en verrez aucune qui ne contienne un

certain nombre de ces cas de péritonites diffuses d'origine appendiculaire survenues peu de temps après le début des accidents.

Dans quelques circonstances plus fâcheuses encore, où la virulence des phénomènes inflammatoires est particulièrement violente, sans sphacèle, sans perforation, des accidents d'une extrême gravité se produiront rapidement par le fait d'une septicémie intestino-péritonéale d'origine appendiculaire.

Ce sont là des faits indéniables dont j'ai déjà fourni plusieurs exemples, auxquels j'en aurais d'autres à ajouter; ils ont d'ailleurs été observés par tous, et personne ne les conteste aujourd'hui.

Or, si rapides que vous les supposiez, si foudroyante que soit l'évolution dans ces formes suraiguës, il y a toujours eu une période de quelques jours, ou, si vous le voulez, de quelques heures, pendant laquelle le mal n'avait pas franchi la barrière des parois appendiculaires, et pendant laquelle l'intervention eût pu amener le succès. Rappelez-vous les cas produits dans la précédente discussion de malades opérés quelques heures (douze heures seulement dans un de mes cas personnels) après le début de la maladie, et où l'on a trouvé un appendice en voie de gangrène ou même perforé déjà, et qui ont guéri après l'intervention; rappelez-vous le fait plus récent de notre collègue Routier, dans l'une des dernières séances. Etudiez un à un tous les cas de péritonite diffuse que vous avez observés, et vous verrez que les accidents caractéristiques n'ont pas éclaté immédiatement et qu'il y a eu toujours une période, courte le plus souvent, mais appréciable, pendant laquelle tout semblait devoir marcher à souhait.

Si donc une appendicite aiguë peut donner lieu à de si terribles accidents, et s'il est un moment de cette évolution funeste où les accidents n'ont pas encore éclaté, il est de toute évidence que c'est à cette période que l'intervention aura toutes les chances de succès. La conséquence qui s'impose, c'est que le chirurgien a le devoir d'intervenir, s'il le peut, le plus près possible du début de l'appendicite.

A cette manière de voir que nous oppose-t-on? On nous dit : Mais, êtes-vous toujours sûrs, au début de la maladie, qu'il s'agit d'une appendicite? — Toujours? — Non, mais oui, le plus souvent. — Tous aujourd'hui nous savons, à l'aide de caractères sur lesquels il serait oiseux d'insister, déceler l'appendicite dès son début. Bien rares sont les causes d'erreur chez la femme, plus rares encore chez l'homme.

On en a cité quelques-unes, curieuses, parfois inévitables. Je vous en ai moi-même fourni, dans l'avant-dernière séance, un exemple qui a été rarement observé, si même il a été rencontré :

il s'agissait d'une hémorragie d'origine tubaire se faisant dans la fosse iliaque droite, dans des conditions telles que l'erreur de diagnostic s'imposait.

Mais ce sont là des exceptions qui confirment la règle, et la règle c'est que nous pouvons, dans l'immense majorité des cas, faire le diagnostic de l'appendicite dès son début.

D'ailleurs, il est bien évident que si l'on n'a pas la certitude d'être en présence d'une appendicite, la question de l'intervention ne peut se poser; on s'abstient et on attend. L'objection tirée de la difficulté ou de l'impossibilité du diagnostic tombe d'elle-même.

Mais on nous oppose un tout autre argument qui, s'il était juste, nous forcerait à nous rendre à l'évidence.

On nous dit : l'appendicite ne prend cette marche suraiguë, ne suit cette évolution excessivement grave que lorsque l'on n'a pas pris le soin d'instituer de suite le traitement médical dans toute sa rigueur. Vous le connaissez tous ce traitement médical : le repos absolu, la diète, l'opium à l'intérieur, la glace à l'extérieur. Prenons-le à la lettre et ne tenons aucun compte même des petites divergences des médecins, dont les uns disent : Il est terriblement dangereux de purger, c'est de l'opium qu'il nous faut; dont les autres vantent au contraire les avantages de laxatifs, voire même de purgatifs fréquemment répétés à petite dose. Tenons-nous-en à la formule généralement admise; dites-moi si, en principe, la diète, l'opium, la glace peuvent guérir une affection appendiculaire essentiellement infectieuse de sa nature. La glace est réfrigérante, l'opium est analgésique, la diète laisse l'intestin en repos, mais je ne reconnais, à aucune de ces substances, des propriétés antiseptiques capables d'enrayer une affection virulente. En fait, ce traitement ne peut agir, et n'agit pas sur la maladie elle-même; il n'intervient que pour calmer les douleurs, rien de plus; à ce titre, il est précieux, et il faut l'utiliser. C'est le traitement d'un symptôme, ce n'est pas le traitement de l'appendicite, et je le crois incapable d'influencer réellement la marche d'accidents dont la gravité variera avec le degré de virulence des agents infectieux, et uniquement avec cette virulence.

Au reste, on ferait aisément une longue énumération des cas dans lesquels, malgré l'application régulière, précoce, sévère du traitement médical, les accidents graves de perforation, de gangrène, de péritonite septique diffuse sont survenus. Vous vous rappelez celui de Legueu; il a été le point de départ de cette discussion. Permettez-moi d'y joindre celui-ci, il n'est pas moins démonstratif.

Une jeune femme de trente-trois ans m'est amenée, il y a quelques semaines, à la Maison municipale de santé le *lundi*; elle

a été prise des phénomènes de l'appendicite le samedi soir; dès le dimanche, elle est vue par un médecin, qui prescrit aussitôt repos, diète, opium, glace. Le lundi donc, elle entre dans mon service; sa température est à 37°8 le matin, à 38°2 le soir; le pouls ne dépasse pas 80, l'état général excellent, les douleurs modérées, pas de ballonnement. Le mardi, T. 38 degrés le matin, 38 degrés le soir; le pouls est à 88. Pendant tout ce temps, le traitement médical est rigoureusement suivi. L'état général reste bon.

Mais le mercredi matin, je trouve un terrible changement dans le tableau : la température s'est élevée à 39 degrés, le facies est très altéré, le pouls est à 136; la malade est prostrée. Je l'opère immédiatement. Le péritoine incisé, il s'écoule de suite, en abondance, un liquide d'aspect louche, d'odeur nauséabonde; ce liquide baigne partout les anses intestinales; le cæcum présente des taches couleur feuille morte; derrière lui, je trouve l'appendice complètement sphacélé, ainsi que vous pouvez en juger, car voici cet appendice que je vous présente. Dans la nuit qui suivit, cette malade succombait, malgré mon intervention.

Voilà, Messieurs, ce qui se passe dans les formes suraiguës de l'appendicite, voilà ce que le traitement médical le plus rigoureux ne peut empêcher, voilà ce qu'eût empêché, à n'en pas douter, une opération pratiquée le samedi, le dimanche peut-être, même encore le lundi.

Mais, nous dit-on alors, nous vous concédons que certaines formes d'appendicites sont de leur nature même, et de par une virulence exaltée, particulièrement graves, que le traitement médical le mieux conduit n'enrayera pas leur marche fatale. Seulement, il est bien inutile d'opérer ces malades; ils sont voués à la mort, et l'intervention, bien loin de les sauver, précipite leur fin. Et pour justifier cet argument, on invoque le nombre de morts survenues, dans ces conditions, et après une intervention sanglante.

A cela nous répondrons : tout d'abord, si la situation est si grave, elle l'est devenue et elle ne l'était pas immédiatement; l'opération précoce eût prévenu les accidents mortels et eût sauvé la malade, ainsi que je l'ai déjà dit et que le démontrent nombre de faits. Le temps employé à faire du traitement médical était un temps précieux pour l'intervention sanglante; vous avez laissé passer l'heure du traitement chirurgical, ce n'est pas celui-ci qui est en défaut.

J'ajoute que, alors même que la situation est au plus grave, alors qu'il existe de la péritonite septique diffuse, tant que le malade n'est pas totalement moribond, toutes les chances de

succès ne sont pas absolument perdues, et vous avez encore le devoir d'intervenir. J'ai cinq cas de succès obtenus dans ces conditions. Si je mets en regard les insuccès, c'est là un maigre résultat numérique, mais puisque vous-mêmes admettez que ces malades étaient fatalement voués à la mort, c'est encore cinq existences sauvées par l'intervention chirurgicale.

Il n'est pas douteux qu'en n'opérant pas ces malades, en vous déclarant impuissants à les sauver, vous ne noircirez pas votre statistique opératoire et vous pourrez nous dire : j'ai opéré cent appendicites à froid, j'ai eu cent guérisons. Votre statistique ainsi faite nous montrera la bénignité de l'intervention à froid ; elle ne nous apprendra rien sur la mortalité de l'appendicite prise en elle-même ; elle ne nous dira pas combien de malades se sont à tout jamais refroidis avant toute intervention, et c'est pourtant là le point essentiel.

Je passerai rapidement sur l'argument que l'opération, faite *à chaud*, expose à l'éventration. La réponse est facile.

Lorsque j'opère de bonne heure, dans les deux premiers jours, je trouve un appendice libre d'adhérences ; il est plus ou moins enflammé, rouge, turgescent, mais il n'a donné lieu à aucune suppuration ; je l'enlève aisément, et je referme complètement l'abdomen par un triple plan de sutures, ne ménageant que ce qu'il faut pour le passage d'un petit drain que je laisserai quelques jours seulement par mesure de prudence. Je n'aurai pas plus d'éventration que lorsque vous opérez à froid. Les faits le démontrent chaque jour.

Si mon intervention, quoique précoce, m'a mis en présence d'une exsudation péri-appendiculaire, ou péritonéale louche, septique, si l'état général témoigne d'une infection grave, je laisserai l'ouverture largement béante, et je m'exposerai d'autant mieux à l'éventration qu'il est habituel en pareil cas, tant est grande la virulence de l'infection, de voir les bords de la plaie devenir noirs et se sphacéler rapidement. Mais, messieurs, si l'éventration se produit consécutivement, je la verrai d'un cœur léger, je dirai même joyeux, car cela me permettra de constater, fait malheureusement trop rare, que mon malade a survécu.

Quand il m'arrive d'opérer dans ces conditions je suis tenté de m'écrier comme le fait quelquefois un de nos collègues : Dieu veuille que ce malade ait une éventration ! — En n'opérant qu'à froid je n'aurai point d'éventration ; il est malheureusement regrettable qu'en attendant le moment d'opérer à froid, j'expose mon malade à n'être jamais opéré pour cause de mort préalable.

Je terminerai, enfin, en montrant l'inanité d'une formule sonore qu'emploient quelques-uns de nos contradicteurs.

Il est vrai, disent ceux-ci, qu'un certain nombre d'appendicites peuvent avoir une évolution particulièrement grave, mais comme je ne puis savoir par avance quels sont ces cas, j'institue d'abord le traitement médical; puis je surveille mon malade de très près, j'observe minutieusement la marche de la température et du pouls, j'interroge le facies, l'abdomen, je note les moindres modifications de l'état général; je tiens tout prêts, instruments, solutions, matériel de pansement; mes aides sont retenus; au premier symptôme alarmant je prends le bistouri et j'opère. Je fais en un mot de l'*expectation armée.* Voilà bien la formule sonore : nous la connaissons; nous l'avons entendue souvent retentir il y a quelques années à propos des plaies et contusions de l'abdomen. L'expectateur armé attendait que la douleur, le ballonnement ou la rétraction du ventre, les vomissements l'incitassent à mettre flamberge au vent; et il intervenait le plus souvent trop tard; sur ce terrain, l'expectation armée a dû disparaître devant les succès dus à l'intervention précoce.

Il en est de même ici. Vous reconnaissez que lorsque des accidents éclatent, ces accidents sont presque toujours d'une extrême gravité, que l'intervention faite au cours de ces accidents est une intervention qui n'a que des chances restreintes de succès, et quand vous avez le choix de l'heure, c'est le moment le plus défavorable que vous choisiriez! Nous sommes toujours dans l'expectation armée, à l'hôpital au moins; le chirurgien qui traitait médicalement le malade de Legueu était certainement armé; je ne l'étais pas moins moi-même vis-à-vis de la malade dont je vous ai présenté l'appendice tout à l'heure; et ce ne sont pas nos armes qui ont empêché l'appendice de nos malades de se sphacéler, accident qui a entraîné leur mort.

Si nous avions du moins quelques indices précurseurs de cette éventualité fâcheuse, pourrions-nous temporiser. Mais il s'en faut qu'il en soit ainsi; la dissociation du pouls et de la température ne sont pas des phénomènes constants; cette dissociation faisait défaut chez ma malade, elle n'apparaît d'ailleurs qu'au moment où l'état est devenu tout à fait critique; la douleur diffusée à tout le ventre est un excellent symptôme, mais elle n'est ni pathognomonique ni constante; l'altération des traits, le facies terreux, la teinte subictérique des téguments ont une grande valeur, mais ils n'acquièrent toute leur valeur qu'auprès des sujets que l'on connaît bien et que l'on a pu suivre depuis plusieurs jours. En somme, tout cela est aléatoire au suprême degré et le mieux, en présence d'une appendicite, nettement confirmée, bien caractérisée et qui débute avec un complexus symptomatique *aigu*, c'est d'*intervenir chirurgicalement*.

Voici maintenant la statistique intégrale de mes opérations d'appendicite faites à l'hôpital pendant les années 1900 et 1901 et les dix premiers mois de l'année 1902.

Je laisse de côté les opérations de la clientèle ; elles donnent du reste des résultats absolument comparables.

J'ai opéré 115 malades, dont 79 à froid avec 79 guérisons, et 36 à chaud avec 25 guérisons et 11 morts.

Parmi ces 11 morts 5 sont survenues immédiatement ou très peu d'heures après l'intervention, les malades étant à une période très avancée d'infection péritonéale : par contre dans mes guérisons figurent 5 malades opérés au cours d'une péritonite diffuse.

Rapport.

Amputations ostéo-plastiques fémoro-rotuliennes,
par le D[r] Bussière, médecin-major des troupes coloniales.

Rapport par M. CHAUVEL.

Je crois comme le D[r] Bussière que l'opération de Gritti a été froidement accueillie en France. Si elle y a été quelquefois pratiquée (ce que je n'ai pas eu le temps de rechercher), les cas certainement n'en sont pas fort nombreux. Dès le cours de ses études médicales, notre confrère avait, dans le laboratoire du professeur Masse, de Bordeaux, tenté d'améliorer la technique du chirurgien italien. Aujourd'hui, il nous apporte quatre observations personnelles dans lesquelles ces modifications projetées ont été successivement mises en pratique.

I. Dans la première, ayant conservé avec soin tous les tissus fibreux et les tendons, il réunit par des sutures en U le ligament rotulien aux tendons des muscles postérieurs de la cuisse et à ceux de la patte d'oie, puis à l'aide de surjets il utilisa les parties aponévrotiques restantes pour combler les vides dans la tranche du moignon. Celui-ci était beau, solide, indolore aux pressions et aux chocs, la rotule restait légèrement mobile. L'opéré, rapidement perdu de vue ne portait pas d'appareil, il marchait avec des béquilles.

II. Chez son second malade le D[r] Bussière assura par deux fils d'argent latéraux le contact de la rotule avec la coupe du fémur. Le résultat fut parfait comme forme du moignon, situation de la cicatrice, fixation des deux surfaces osseuses, insensibilité aux

chocs. Mais l'opéré ayant continué de se traîner à la façon des cul-de-jatte, il est difficile de dire comment il eut marché avec un pilon.

III. Notre confrère chez ses deux derniers malades modifie de nouveau son procédé pour utiliser la plus grande partie de la rotule et conserver une plus longue portion du fémur. Il fait : 1° L'abrasion de la surface articulaire rotulienne parallèlement à ses deux plans de façon à former un dièdre dont l'angle saillant est en moyenne de 130 degrés ; 2° la section du fémur suivant un angle dièdre rentrant à arête antéro-postérieure, *mortaise* dans laquelle viendra s'adapter le *coin* rotulien. Combinée avec la suture osseuse, cette section angulaire assure une coaptation parfaite et un cal osseux solide.

Inutile d'insister sur le manuel opératoire. M. Bussière le décrit avec détails, mais il n'a rien de bien spécial pour un chirurgien exercé ; disons cependant qu'il est bon de raccourcir en les chantournant les branches latérales de la mortaise fémorale. L'extrémité osseuse ainsi régulièrement arrondie ne menace pas les téguments et son profil en massue est favorable à une bonne prothèse.

Toujours la cicatrice est postérieure (raquette à queue postérieure), placée de 3 à 4 centimètres au-dessus du bout du moignon, bien protégée ; le moignon supporte parfaitement les pressions et les chocs.

Nous avons déjà dit que les deux premiers opérés de M. Bussière n'avaient pas voulu se servir d'appareils et qu'il était, dans ces conditions, difficile d'affirmer la valeur de leur moignon. Un seul de ses deux derniers malades, atteint d'éléphantiasis de la jambe, a consenti à porter un appareil rudimentaire, construit sur place par un menuisier indigène, de manière que le poids du corps porte sur la rotule et sa couverture tégumentaire. Comme le montre la photographie V, c'est un véritable pilon du genre de celui qu'utilisent les amputés de la jambe au lieu d'élection. La marche ne fut d'abord possible que durant une demi-heure et une heure, puis avec le temps et l'exercice elle se fait maintenant durant plusieurs heures. Le segment du membre remue aisément et avec force le pilon dans tous ses sens.

« Nul doute, ajoute notre confrère, qu'une prothèse moins rudimentaire ne donne des résultats parfaits au point de vue de l'utilisation du moignon pour la marche sans appui. »

Je crains que M. le Dr Bussière ne se fasse quelques illusions sur la valeur de l'opération de Gritti, par lui modifiée, et puisqu'un seul de ses amputés a marché avec un pilon, il ne me semble pas qu'il soit en droit d'écrire : « *Mes opérés ont pu longtemps et*

continuellement marcher sur la rotule. » Sans doute, son mode de section osseuse permet de donner à cet os une position plus favorable de même que la suture des tissus fibreux s'oppose à leur rétraction, et un tel moignon est bien préférable à celui de l'amputation de la cuisse au tiers inférieur ou moyen. Mais il faudrait des faits plus nombreux, plus longtemps suivis, pour permettre d'affirmer avec notre confrère « que ces moignons mobiles et très puissants permettent l'usage d'appareils prothétiques bien tolérés, faisant porter le poids du corps sur la rotule ».

Quoiqu'il en soit, les tentatives faites par M. le Dr Bussière ne sont pas sans intérêt ni mérite et je vous propose : 1° de remercier l'auteur ; 2° de déposer très honorablement son manuscrit dans nos archives.

M. Lucas-Championnière. — La critique de l'opération de Gritti est trop facile pour n'être pas indiquée séance tenante dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie.*

Lorsque Gritti a fait son opération, il ne s'est pas surtout préoccupé de la façon dont marcheraient ses malades. Il se proposait avant tout de fermer les canalicules et vaisseaux osseux, c'est-à-dire de fermer la porte à l'infection, ce dont nous n'avons plus guère à nous occuper aujourd'hui.

L'amputation faite aussi bas est toujours médiocre par le manque de revêtement des parties molles. L'opération de Gritti est médiocre parce qu'elle augmente la saillie osseuse dans un moignon mal protégé. Il n'y a donc pas lieu d'encourager l'opération.

Il faut tout de même remercier celui qui nous a apporté ces observations intéressantes. Mais il nous a fourni des documents prouvant que cette opération est mauvaise, car sur ses quatre malades il n'a pu en faire marcher qu'un seul.

M. Chauvel. — Il serait plus juste de dire que les malades n'ont pas voulu se servir de l'appareil. On ne sait donc pas comment ils l'auraient supporté ; on ne peut pas dire qu'ils n'auraient pas pu s'en servir.

Communication.

M. Couteaud, médecin principal de la marine, lit une observation de : *Hernie inguinale contenant la vessie.* — M. Félizet, rapporteur.

Présentations de malades.

L'opération de Brophy.

M. Pierre Sebileau. — Au troisième congrès dentaire international, tenu à Paris, au mois d'août 1900, pendant l'Exposition universelle, un dentiste américain, Truman W. Brophy (de Chicago) fit une communication sur le traitement chirurgical des divisions congénitales du voile et de la voûte du palais. Cette communication n'eut pas, en France, un grand retentissement. Elle renfermait, cependant, sinon des faits, tout au moins des affirmations et des statistiques capables, non seulement d'intéresser, mais encore de surprendre les chirurgiens de notre pays.

C'est, du reste, ce que je répondis à Brophy au cours même de la séance où il prit la parole, et à laquelle j'eus le plaisir d'assister.

Du mémoire de T. W. Brophy se dégageait en effet ceci : sur 211 enfants âgés de moins de cinq mois, l'opérateur américain avait réalisé, sans avoir à déplorer une seule mort, et avec de très heureux résultats plastiques, la restauration de la voûte palatine par le rapprochement forcé des deux maxillaires supérieurs. Et sa méthode avait, à ses yeux, une telle bénignité, qu'il n'hésitait pas à l'appliquer à des nouveau-nés âgés à peine de deux semaines.

Du jour où je connus le travail de Brophy, je me promis d'étudier son procédé. J'en ai trouvé plusieurs fois l'occasion ; mais devant les réserves que j'ai cru de mon devoir de formuler sur la bénignité de l'acte opératoire et sur la perfection ultérieure de la restauration, je n'ai obtenu que pour un seul des enfants qui m'ont été présentés, l'autorisation de pratiquer l'opération. C'est cette enfant que vous allez pouvoir examiner.

Dans le mémoire que je viens de vous signaler sur les « palatal defects », T. W. Brophy décrit deux procédés : celui qu'il applique aux adolescents et aux adultes ; celui qu'il applique aux tout jeunes enfants. Je ne parlerai pas du premier. Le second seul est vraiment original.

Brophy opère donc sur de tout jeunes enfants ; ceux-ci, dit-il, supportent mieux le choc opératoire, « ayant un système nerveux moins développé ». A combler la fissure dans le plus bas âge tout, à son avis, est avantage : les os étant malléables, on peut les infléchir, ou les déplacer sans fracture ; le palais étant restauré de bonne heure, les muscles du voile, au lieu de s'atrophier, se développent par l'exercice ; après la fermeture de la fissure pala-

tine, le massif alvéolaire se développe de telle manière que, plus tard, les articulations dentaires s'établissent d'une manière presque normale; enfin, l'opération précoce assure aux enfants une facile et bonne éducation phonétique.

En deux mots, voici maintenant comment procède T. W. Brophy : Il traverse les deux maxillaires supérieurs avec deux doubles fils d'argent. L'un de ces fils passe en avant de l'apophyse malaire; l'autre passe en arrière. Tous les deux, naturellement, s'engagent dans la narine, au-dessus du plancher. Chacun d'eux, vient, à droite et à gauche, se nouer, par torsion (puisqu'il est double), sur la face extérieure d'une plaque de plomb appuyée par sa face profonde sur le massif mandibulo-alvéolaire.

La muqueuse, au niveau des bords de la fissure, ayant été décollée, et l'os lui-même ayant été avivé, les fils transmandibulaires sont serrés par torsion; les deux apophyses palatines se rapprochent alors et entrent en contact. Résistent-elles : il faut, soit avec les doigts, soit avec une pince construite pour cet usage, faire effort sur les deux maxillaires, de dehors en dedans. Et si cette manœuvre est insuffisante, on ouvre le cul-de-sac gingival le plus haut possible, et, à la faveur d'une courte incision de la muqueuse, on sectionne horizontalement la mâchoire, dont le massif alvéolaire, désormais libre, obéit, cède et gagne la ligne médiane pour combler la fissure. Quelques fils supplémentaires coadaptent les lèvres de la muqueuse.

Ainsi schématisée, la description de Brophy paraît assez claire. On dirait même de l'opération qu'elle est très simple. C'est la première impression que j'en avais ressentie.

J'ai désiré voir opérer Brophy; mais il n'a pas trouvé de sujet à Paris et n'a pu se livrer à aucune démonstration technique. Un de mes amis a assisté, presque sans rien voir, à une séance opératoire tenue à Londres; il ne s'est rendu compte ni du manuel, ni du résultat.

Avant de pratiquer ma première opération, j'ai tenu, au moins, à étudier quelques maxillaires d'enfants très jeunes et à voir comment pouvait à leur anatomie s'adapter l'opération de Brophy. Voici donc plusieurs pièces que j'ai préparées dans le laboratoire de mon maître Quénu, à Clamart.

Une première chose frappe en les examinant : c'est le peu d'étendue verticale de la mâchoire supérieure. Celle-ci est large, basse, ramassée sur elle-même ; entre le rebord orbitaire et les saillies des alvéoles remplies par les ébauches dentaires, on ne voit pas s'étendre, comme sur l'os de l'adulte, en avant du processus malaire, le vaste champ de la fosse canine ; en arrière de ce processus, le développement vertical du maxillaire supérieur est

encore moindre et on n'y aperçoit qu'une sorte de bourrelet formé par la dernière cavité alvéolaire. En résumé, le sinus n'a pas encore dilaté l'os, et le massif alvéolaire n'a pas encore été allongé par l'éruption des dents. C'est au point que les intumescences que forment celles-ci, sous la corticale de l'os, se dessinent juste au-dessous de la fosse nasale en avant, et juste au-dessous de l'orbite en arrière. Une section horizontale entamant l'os au point où se détache de lui l'apophyse malaire, telle que la conseille T. Brophy, pénètre dans la ligne des cavités alvéolaires et les ouvre toutes. Elle ne laisse en dessous d'elle que l'épaisseur de la lame palatine, flanquée en dehors de quelques demi-alvéoles.

Cette bordure alvéolaire sans hauteur paraît bien insuffisante pour servir de point d'appui à une lame de contention appliquée, dans la bouche, sur sa face extérieure.

D'autre part, une seconde chose est évidente, qui ressort très clairement de l'examen des quelques pièces que je vous présente où les parties molles ont été conservées : c'est que, même sur les têtes où on arrive à réaliser très exactement la section de toute l'épaisseur du maxillaire supérieur et de la cloison vomérienne au-dessus de la lame palatine, il est impossible d'obtenir la translation générale, de dehors en dedans, de toute la portion d'os ainsi mobilisée, parce que cette portion mobilisée reste précisément fixée, en arrière, aux apophyses ptérygoïdes.

Enfin, l'on se rend aisément compte qu'il n'est pas facile d'assurer par une section complète, par une véritable ostéotomie totale du massif mandibulaire au-dessous du processus malaire, la mobilisation franche du fragment inférieur.

De ces trois faits (ostéotomie presque nécessairement incomplète, fixation ptérygoïdienne, petite épaisseur verticale du fragment), il résulte que les deux lambeaux osseux droit et gauche, au lieu de se rapprocher l'un de l'autre dans un déplacement horizontal simple, subissent un double mouvement de rotation : l'un s'exerce autour d'un axe antéro-postérieur, de dehors en dedans et de haut en bas, et ne permet d'établir le contact entre les deux lèvres de la fissure qu'en édifiant une sorte de voûte palatine rétrécie et ogivale; l'autre s'exerce autour d'un axe vertical passant par la ligne ptérygoïdienne et ne permet de réaliser la coaptation des deux lambeaux osseux que dans leur segment antérieur.

C'est fatalement dans cette position viciée, si je puis ainsi dire, que les plaques métalliques doivent, sur le sujet opéré, maintenir les deux lames palatines.

Toutes les observations anatomiques que j'avais faites et dont

je viens de vous donner le résumé, m'avaient fait prévoir les difficultés que je rencontrerais et que j'ai, en effet, rencontrées, dans ma première opération. Je dois même dire qu'elles avaient un peu ébranlé ma confiance dans la méthode de Brophy. Il faut convenir, du reste, que le mémoire de celui-ci contient des affirmations mais peu de faits, qu'il manque de précision et de documents.

Cependant, j'ai trouvé, au mois de février dernier, l'occasion de mettre cette méthode en pratique. Une enfant de deux mois, de petite venue, me fut présentée par ses parents ; elle avait, avec un bec-de-lièvre, une large fissure latérale de la voûte et du voile du palais. Elle s'alimentait mal, et celle des fosses nasales qui communiquait avec la bouche était en état d'infection permanente.

Je pratiquai l'opération de Brophy le 10 février, avec mes deux assistants, les D[rs] Lombard et Caboche.

Je fis passer trois fils d'argent au travers de chacun des deux maxillaires supérieurs. J'eus quelque peine à cela, trouvant dans l'os une résistance assez forte. Ces fils, que j'avais engagés dans la profondeur au plus haut du cul-de-sac gingival, cheminaient au-dessus du plancher des fosses nasales et traversaient la cloison vomérienne, qui était insérée sur la lèvre gauche de la fissure, juste au-dessus de son attache palatine.

La traction sur ces fils ne détermina aucun rapprochement des lambeaux osseux. Je fis alors avec les doigts, sur les deux massifs alvéolaires, et de dehors en dedans, une pression forte et plusieurs fois répétée. J'obtins une sorte d'inflexion de l'os, d'obéissance du bord alvéolaire, mais les lèvres de la fissure se rapprochèrent à peine ; d'ailleurs, dès que la pression digitale n'exerçait plus son action contentive, l'élasticité des tissus ramenait les organes à leur position première.

J'essayai, suivant toujours les conseils de Brophy, d'entamer avec le bistouri, en avant et en arrière de l'apophyse malaire, dans un plan parallèle à la lame palatine, l'épaisseur de la mâchoire, après avoir relevé et incisé le fond du cul-de-sac gingival ; mais je n'arrivai pas de la sorte à affranchir le massif alvéolaire au point de pouvoir rapprocher et faire venir au contact l'un de l'autre les deux bords de la fissure.

Ayant, au milieu de mes instruments, un ciseau très fin, je m'en servis pour pratiquer sur les deux mâchoires une véritable ostéotomie sous-malaire, et c'est alors seulement qu'il me fut pospossible de coadapter le bord libre et avivé des deux lames palatines.

Je tordis les fils sur les petites plaques de plomb que voici ; la contention me parut assez bonne. Je terminai enfin l'opération en

suturant la fibro-muqueuse au-dessous du plan osseux et en pratiquant une staphylorrhaphie classique.

Cette opération fut délicate, laborieuse, longue. Je n'aurais certainement pas pu la mener à bien sans l'éclairage électrique réfléchi dont j'ai une assez grande habitude.

J'eus l'impression qu'elle constituerait un traumatisme grave pour cette enfant, affaiblie par une anesthésie prolongée et une perte de sang assez abondante.

Au reste, j'avais peu de confiance dans le résultat plastique. Les lèvres de la fissure étaient bien venues en contact; mais elles chevauchaient légèrement l'une sur l'autre, en raison de la dissymétrie mandibulaire; puis, en se rapprochant, les deux fragments, porteurs des cavités alvéolaires, avaient subi une sorte de rotation de dehors en dedans et de haut en bas, maintenue par la tension des fils métalliques, d'où résultaient une sorte « d'ovalisation » de la voûte et un rétrécissement considérable du massif dentaire de la machoire supérieure largement débordé en dehors par la mandibule inférieure. Enfin, les deux fragments, droit et gauche, contigus en avant, restaient écartés en arrière, où la fibro-muqueuse seule assurait la restauration.

Les premiers jours furent assez difficiles; la température s'éleva jusqu'à 39 degrés et la petite malade donna quelques signes d'infection; mais ceux-ci furent de courte durée. L'enfant s'alimenta assez facilement et prit vite le dessus. Mais elle cria beaucoup et les deux lèvres du voile du palais ne tardèrent pas à se séparer. Un fil cassa spontanément le dixième jour; après deux semaines, j'enlevai les deux autres. Sous les plaques de plomb la muqueuse s'était sphacélée superficiellement.

A ce moment, le résultat n'était guère de nature à me donner satisfaction; les deux lames palatines, avec leur chevauchement, n'étaient pas en coadaptation parfaite; la réunion de la fibro-muqueuse, sur plusieurs points, avait manqué de se faire. Mais les os restaient rapprochés. Et c'est à cela, sans nul doute, qu'il convient d'attribuer la restauration vraiment satisfaisante que vous pouvez constater aujourd'hui.

Il s'est, en effet, depuis l'opération dont je vous parle et qui avait eu lieu au mois de février, opéré une assez curieuse transformation des choses. D'abord, la voûte palatine est, à l'heure actuelle, reconstituée dans sa presque totalité, sauf en arrière, où, dans leur quart postérieur, les fragments restent encore séparés ; une fibro-muqueuse d'apparence normale, continue, tapisse cette voûte palatine. Le voile du palais reste, naturellement, divisé. Mais ce qui frappe le plus, c'est la manière dont la mâchoire supérieure s'est développée. Veuillez comparer ces deux

moules en plâtre ; l'un a été coulé dans l'empreinte de cire prise avant l'opération ; l'autre dans une empreinte prise sept mois après l'opération. En faisant abstraction des différences qui résultent, pour chacune de ces pièces, de l'existence ou de la disparition de la fissure palatine, ainsi que de la restauration des lèvres que j'ai pratiquée quatre mois après l'uranoplastie, par le procédé de Clémot, et en n'envisageant que la forme et les dimensions générales de la mâchoire supérieure, on peut se rendre facilement compte de l'extraordinaire développement latéral qu'à pris la portion buccale de cette mâchoire. Je suis attentivement ce mouvement depuis quelques mois, et je vois peu à peu le massif mandibulaire supérieur s'accommoder à la mâchoire inférieure. C'est ce que Brophy exprime, en disant qu'après l'opération la voûte palatine est quelquefois contractée, mais que cette contraction n'est pas permanente chez les sujets qui ont été opérés de bonne heure.

Qu'adviendra-t-il des dents et comment s'articuleront-elles avec les dents du bas ? C'est un point qui reste obscur pour moi. Je crois que toutes les ébauches dentaires ont eu à souffrir grandement ; il en est déjà, à ma connaissance, tombé quatre ou cinq, que je vous présente, les unes pendant, les autres depuis l'opération. Que reste-t-il à l'heure actuelle, dans ces alvéoles de la mâchoire supérieure, qui, tous ont été ouverts ou contus, des bourgeons des dents de lait ? Et que sera, plus tard, la dentition permanente ? Il y a là, sans doute, une question très importante, mais dont la solution est, à l'heure actuelle, impossible.

Tel est le résultat de la première opération de Brophy que j'ai pratiquée. Avec ses imperfections, il reste encore intéressant.

Anatomiquement, cette opération paraît presque constituer une chimère. Cliniquement, je l'ai trouvée une opération difficile, sévère, incapable apparemment d'atteindre le but qu'elle poursuit. Et, au résumé, elle m'a cependant donné du premier coup, alors que, sans doute, j'ai dû la pratiquer d'une manière défectueuse, un succès appréciable. Il y a là une opposition qu'il fallait mettre en lumière.

Je suis, je crois, le premier à avoir répété ici l'opération de Brophy ; je pense qu'elle mérite d'être étudiée.

M. Kirmisson. — De mon côté, je me suis livré à quelques recherches, à propos du procédé de Brophy, sur les pièces de bec-de-lièvre compliqué existant dans mon laboratoire. J'ai pu me convaincre que, chez les très jeunes enfants, le massif du maxillaire supérieur est extrêmement réduit, de sorte qu'on a peine à passer un fil entre le rebord de l'orbite et les bords alvéolaires ; d'autre

part, la mobilisation des deux maxillaires et leur rapprochement paraissent beaucoup plus difficiles que ne le dit l'auteur; enfin, il est à remarquer que, dans l'immense majorité des cas, il existe une asymétrie énorme entre les deux lèvres de la fente osseuse, de sorte que, vint-on même à les juxtaposer, leurs bords ne se correspondraient pas exactement. En résumé, le procédé de Brophy est intéressant, il mérite d'être expérimenté, mais il semble présenter en réalité plus de difficultés que ne le dit son auteur.

Il est un autre point du mémoire de Brophy qui a trait à la palatoplastie chez les malades plus âgés, et sur lequel je désire, à propos de la discussion actuelle, appeler l'attention. Brophy combat dans la palatoplastie les débridements latéraux, à la façon de Baizeau et Langenbeck. Il les regarde comme une complication inutile et pouvant même devenir la source d'accidents, tels que des hémorragies. Ceci est incontestable; mais pourra-t-on facilement s'en passer, c'est une autre question.

Dernièrement, pendant mon séjour à Stockholm, j'ai eu l'occasion de m'entretenir de cette question avec le professeur Berg, devant lequel Brophy avait exposé son procédé. Il y avait justement dans le service de M. Berg, deux malades atteints de division complète de la voûte et du voile du palais. Chez l'un d'eux, la voûte était extrêmement surélevée; c'était le V Shaped maxilla des auteurs anglais; chez le second, la voûte était au contraire surbaissée. J'exprimai tout de suite au professeur Berg, l'opinion que, chez le premier de ses malades, le procédé de Brophy serait inapplicable, qu'on n'arriverait pas en un mot à faire le décollement du périoste sans débridements latéraux, tandis que, chez le second, le procédé de Brophy pourrait être applicable. Les choses se passèrent selon mes prévisions; le malade à la voûte beaucoup plus rapprochée de l'horizontale put être opéré sans débridements latéraux, et j'ai su dernièrement par une lettre de M. Berg que la guérison ne laissait rien à désirer.

Présentation d'instrument.

Charnière pince-plaies.

M. Couteaud, présente une *Charnière pince-plaies*, destinée à la réunion immédiate des plaies.

Présentation de pièces.

Exulceratio simplex de l'estomac à grande hémorragie ; gastro-entérostomie ; mort.

M. Tuffier. — Je vous présente l'estomac d'une jeune femme de vingt-six ans, entrée dans mon service de Beaujon le 25 novembre dernier, pour des hématémèses abondantes ayant débuté la veille. Rien de particulier à noter dans les antécédents de cette femme, sauf une fièvre typhoïde, en 1898, c'est-à-dire il y a quatre ans. Depuis cette époque, la malade se plaignait fréquemment de troubles gastriques du type hyperchlorhydrique : tiraillements, crampes, brûlures d'estomac, survenant aussi bien pendant qu'après la digestion, s'exagérant lorsque la malade se livrait à un travail fatiguant, se calmant au contraire lorsqu'elle prenait le décubitus dorsal. L'appétit était d'ailleurs resté bon. Il y a une quinzaine de jours seulement, apparurent des vomissements consistant en « eaux claires », mais auxquels vinrent se joindre, dans les cinq ou six derniers jours qui précédèrent l'entrée de la malade à l'hôpital, des selles absolument noires et fétides. La première hématémèse, très abondante, se produisit la veille de l'entrée de la malade dans mon service. Cette première hématémèse, survenue en présence de son médecin, était telle que la malade, en quelques minutes, eut une syncope. Le sang sortait à flots et rutilant; la position déclive de la tête, des injections d'éther et de sérum ranimèrent cette femme. Je la vis le matin même, au moment où elle venait de vomir encore une pleine cuvette de sang rutilant mélangé de quelques caillots. Ce fait me décida à intervenir immédiatement. Je dois dire que l'exploration des plus minutieuses de l'abdomen, et en particulier de la région épigastrique, ne m'avait donné aucun renseignement, sauf une sensibilité assez marquée au niveau de l'estomac. J'en avais conclu à l'existence probable d'un ulcère de cet organe.

L'abdomen ouvert, j'explorai avec le plus grand soin toute la surface de l'estomac et n'y découvris pas le moindre signe qui me révélât l'existence d'une tumeur ou d'un ulcère. Le pylore était parfaitement libre. Je me décidai alors à faire une large gastrotomie postérieure. Mais, pas plus à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organe, je ne pus découvrir la plus petite ulcération. Je me contentai donc de terminer l'opération par une gastro-entérostomie postérieure destinée à mettre la région pylorique au repos, dans le cas où cette région serait le siège de l'ulcération que je ne pouvais apercevoir. Or, dans les heures qui suivirent, les hématé-

mèses se reproduisirent et la malade succomba dans la nuit. J'ajoute que l'examen du sang, fait par M. Mauté, au point de vue de la cholémie, resta négatif.

A l'autopsie, ce n'est qu'après des lavages répétés, à grande eau, de la muqueuse, que nous finîmes par découvrir sur la petite courbure une très petite exulcération, en coup d'ongle, de la muqueuse, et au centre de laquelle on apercevait la lumière d'un minuscule vaisseau. C'était là sans doute, mais je ne saurais l'affirmer, le point de départ des hémorragies qui ont emporté la malade. Des examens microscopiques nous renseigneront d'ailleurs ultérieurement sur la nature exacte des lésions.

J'ai tenu à vous apporter ce fait comme un exemple des difficultés qu'on peut rencontrer dans la recherche de la source d'une hémorragie gastrique. Chercher, trouver, et lier le vaisseau qui donne, n'est pas toujours aussi simple qu'on pourrait le croire théoriquement, et si des observations incontestables de mort par hématémèse ne m'avaient, dans ce cas exceptionnel, conduit à l'intervention, vu la répétition à quelques heures d'intervalles et l'abondance des hémorrhagies, j'aurais agi comme dans les hématémèses ordinaires de l'ulcère simple.

M. Hartmann. — Il y a sept ans, j'ai eu l'occasion d'opérer un cas identique à celui que vient de nous présenter M. Tuffier. Comme lui, je n'ai pu trouver le point saignant, comme lui j'ai fait la gastro-entérostomie, j'ai vu succomber ma malade, et à l'autopsie n'ai pu découvrir qu'avec difficultés une érosion, point de départ probable des hémorragies. Je considère actuellement la question comme tranchée. En présence de la grande gastrorragie, survenant en quelque sorte d'une façon aiguë, il faut s'abstenir de tout traitement chirurgical dans l'immense majorité des cas. Les statistiques montrent que la mortalité est de 60 à 70 p. 100 après l'opération; celle du traitement médical dans la grande hématémèse est beaucoup moindre, à peine 5 p. 100, croyons-nous. C'est donc au traitement médical qu'on doit recourir, n'intervenant opératoirement que dans les cas où une grande hématémèse complique une sténose pylorique.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Félizet qui, retenu à la chambre par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. Brun qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

4°. — Une lettre de M. Beurnier qui, toujours souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

5°. — Une lettre de M. Peyrot qui demande un congé d'un mois.

A propos de la correspondance.

M. Ricard dépose sur le bureau le *traité de Thérapeutique chirurgicale*, qu'il vient de publier avec la collaboration de M. Launay.

M. le Président adresse des remerciements à MM. Ricard et Launay.

A propos du procès-verbal.

M. Reynier. — Messieurs, dans ma communication, j'avais dit qu'en 1900 M. Routier, nous ayant donné sa statistique intégrale, j'avais relevé dans cette statistique sur 135 appendicites opérées en pleine crise 20 morts. En ajoutant à cette statistique celle que M. Routier vient de publier, je trouvais 177 opérations en pleine crise avec 25 morts.

M. Routier proteste contre ces chiffres, qui d'après lui ne concorderaient pas avec les statistiques qu'il a publiées. J'avais répondu à M. Routier que mes chiffres avaient été pris dans la *Presse médicale*. Mais aujourd'hui ayant relu les statistiques qu'il nous a données l'autre jour, je dis que je les prends dans ses statistiques, et je lui demande de vouloir bien relire avec moi ces statistiques qu'il a l'air de méconnaître.

Il verra qu'il accuse un total de 376 appendicites.

Mais sur ces 376 appendicites, 174 ont été opérées à froid après avoir été refroidies, et avec 0 mort.

Restent donc 202 opérations à chaud avec 28 morts.

Mais sur ces 202 opérations, 25 ont été opérées avec hystérectomie vaginale, pyosalpinx, cholécystotomie, hernie, varicocèle : M. Routier me concèdera bien que ces appendicites ne devaient pas être très graves, et très chaudes. Sur ces 25 opérations, il y a eu 2 morts. Morts et opérations, je ne les ai pas relevées, ne considérant pas que cela intéressait la discussion. Si on défalque ces cas il reste 177 opérations d'appendicites en pleine crise, qui ont donné 26 morts. J'avais oublié une mort, je le reconnais. M. Routier voit donc que mes chiffres sont exacts.

Si M. Routier trouve d'autres chiffres c'est qu'il améliore sa statistique en comptant toutes les appendicites opérées à froid, où a été pratiqué le refroidissement. Or, c'est ce que nous cherchons à démontrer, on améliore en effet sa statistique en pratiquant le refroidissement.

Discussion.

Sur l'appendicite.

M. Guinard. — A l'occasion de cette discussion, j'ai fait le relevé de tous les cas d'appendicite qui se sont présentés à mon observation, tant en ville qu'à l'hôpital pendant ces quatre der-

nières années 1899, 1900, 1901, 1902. J'avais bien prévu après notre dernière discussion que cette question si troublante et toujours si actuelle se poserait à nouveau à cette tribune, et c'est en vue de cette éventualité que j'avais noté très spécialement tous les faits de ma pratique pouvant éclairer le problème.

Depuis quatre ans, j'ai donné des soins à 164 malades atteints d'appendicite. C'est donc 164 observations que j'ai eu à compulser pour faire le travail que je vous présente. Permettez-moi de dire que c'est grâce au zèle de mes excellents internes *MM. Tillaye et Pécharmant* que j'ai pu mener à bien cette tâche.

J'ai aligné mes chiffres sans aucun parti pris, et dans la crainte d'être taxé d'exagération, j'ai plutôt insisté sur les faits qui plaident *contre* la pratique que je crois la meilleure.

Dans mes 164 observations, je comprends tout ce que j'ai vu; aussi bien les malades que j'ai opérés, que ceux que j'ai laissé évoluer sans intervention du bistouri.

La mortalité brute est en tout de 22 sur 164, soit 13,41 p. 100, mais je m'empresse de dire que ce chiffre ne signifie pas grand chose. Il faut le décomposer.

Sur 40 cas aigus pour lesquels l'opération a été faite dans les 4 premiers jours, j'ai 9 morts, soit une mortalité de 22,50 p. 100 et sur 13 cas suraigus, opérés d'urgence par MM. Beurnier, Legueu, Savariaud et par moi-même dans mon service, j'ai 8 morts, soit une mortalité de 61,54 p. 100.

J'élimine ces derniers, dans lesquels il y avait infection généralisée du péritoine, pour ne pas charger la statistique des cas opérés à chaud. Pour ces cas suraigus d'ailleurs, tout le monde s'entend, et il est bien sûr que le succès dépend en pareil cas de la décision du premier médecin appelé. Je ne retiens donc que le chiffre de 22,50 p. 100 de léthalité pour les malades opérés en pleine crise aiguë, dès qu'ils sont tombés sous mon observation.

Il me reste 111 malades opérés à froid, soit qu'ils m'aient été envoyés après leur crise aiguë, soit que de propos délibéré je ne les aie pas opérés pendant leur crise. Mais pour éviter le reproche de ne pas comparer des faits comparables, j'élimine de ces 111 cas, 47 malades qui avaient des appendicites chroniques sans crise, ou même qui avaient eu chez eux des crises plus ou moins sévères que je n'avais pas suivies. Notez que dans ces 47 malades il y en a assurément qui devraient compter à l'actif de l'expectation, mais je les élimine en bloc pour qu'on ne puisse pas m'accuser de fausser les résultats en parlant de crises dont je n'ai pu vérifier l'intensité par moi-même.

En fin de compte, je retiens seulement 64 malades dont j'ai vu a crise aiguë : pour ceux-ci, je les ai suivis, et c'est volontaire-

ment ou par suite de circonstances extra-médicales, que je ne les ai pas opérés à chaud. Voyons ce qu'il est advenu de ces 64 malades sur lesquels j'ai tenté la temporisation, alors, je le répète, qu'il s'agissait toujours de crises si aiguës que 22 d'entre eux ont eu des abcès qui m'ont obligé à prendre le bistouri. Il est donc bien entendu que je ne parle pas de ces crises fugaces qui touchent à peine l'état général et qui passent en deux ou trois jours; pour celles-ci personne ne songe à opérer d'urgence. Je parle de 64 malades atteints de crises graves, de ces « cas limites » pour lesquels il n'est pas douteux qu'un interventionniste dit « radical » n'aurait pas hésité à intervenir immédiatement et pour lesquels j'ai eu moi-même à hésiter entre le bistouri et l'expectation.

Sur 164 malades, il y en a eu :

35 dont 33 ont pu être opérés à froid 6 semaines après la crise bien guérie, et dont 2 ont guéri de leur crise et vont incessamment être opérés à froid.
22 qui ont eu un abcès que j'ai ouvert du 9e au 14e jour.
3 qui ont été pris brusquement en cours de traitement, d'accidents suraigus.
3 qui n'ont pu guérir complètement et ont été opérés « à tiède ».
1 qui est mort sans avoir été opéré.

Total : 64

Il suffit de regarder ces chiffres pour se rendre bien compte que l'expectation à ses dangers. Je cherche si peu à atténuer ces dangers que je désire mettre en relief les catastrophes auxquelles on s'expose, en temporisant, pour ne pas tomber dans l'excès que je reproche aux interventionnistes à outrance et qui consiste à dire que l'opération à chaud donne toujours satisfaction.

Lorsqu'en présence d'une crise aiguë, on installe le traitement classique par l'immobilité, la glace, la diète hydrique, etc., on doit s'attendre aux éventualités suivantes :

1° Le malade est pris au bout de quelques jours, alors que tout semblait en bonne voie, d'accidents suraigus d'infection péritonéale, et succombe si on ne l'opère pas d'urgence.

2° Le malade traîne dans son lit, sans que le refroidissement de la crise soit complet, et on est obligé d'intervenir dans de mauvaises conditions au bout de trois ou quatre semaines « à tiède ».

3° L'infection péritonéale se limite et on se trouve en présence d'un abcès qui s'ouvre spontanément ou qu'on est obligé d'opérer dans la deuxième semaine.

4° Enfin, le plus souvent, la crise disparaît progressivement et

l'opération peut se faire à froid ultérieurement : on intervient alors dans les conditions idéales.

1° *Accidents suraigus survenant au cours de l'expectation.* — Voici d'abord une fillette de dix ans, auprès de laquelle je suis appelé un soir à Montmartre. Depuis quarante-huit heures, elle a une crise aiguë d'appendicite, avec 38 degrés et 120 pulsations, facies coloré, et non abdominal. Diagnostic évident avec douleur bien localisée; l'enfant a été purgée violemment; je la mets au repos absolu, avec glace et opium, et je prescris 500 grammes de sérum par jour avec la diète hydrique. Je n'entends plus parler de cette petite malade et ce n'est que plusieurs semaines après que, rencontrant le médecin qui la soignait, j'apprends qu'elle a succombé « trois ou quatre jours après ma consultation » sans que les parents aient voulu revoir un chirurgien.

J'ai mis cette mort au passif de l'expectation, et cependant on avouera que si j'avais suivi la malade de près je l'aurais certainement opérée, et d'autre part, personne ne peut affirmer qu'elle aurait guéri si j'avais pris le bistouri d'emblée. J'en conclus, on ne saurait trop le répéter, qu'il faut voir deux fois par jour avec attention un malade soigné médicalement pour une appendicite.

Voici maintenant trois observations dans lesquelles un malade qui semblait en voie de guérison, est pris brusquement d'accidents suraigus qui le tuent en quelques heures si on n'intervient pas d'urgence. Quoi qu'en dise M. Richelot, ces cas-là existent sans qu'il s'agisse de la continuation d'accidents qui évoluent dans le mauvais sens.

La première est aussi instructive et plaide dans le même sens que la précédente. En avril 1898, je suis appelé par le Dr Issaurat auprès d'un petit garçon de onze ans qui souffrait depuis huit jours d'une appendicite traitée médicalement. Il semblait bien que l'infection s'était localisée autour de l'appendice et du cæcum après le gros orage péritonéal du début. La fièvre avait disparu et le Dr Issaurat prévenait la famille qu'il faudrait faire opérer l'enfant à froid ultérieurement. Brusquement, à 6 heures du soir, le neuvième jour, les phénomènes changent : le facies se plombe, le pouls devient petit, misérable à 134, la respiration s'accélère à 36 mouvements par minute. Je vois l'enfant pour la première fois ce soir-là à minuit, et je déclare aussitôt qu'il est perdu, et qu'il faut tenter l'intervention rapidement. Au milieu de la nuit, rien n'est prêt et nous décidons les parents à nous laisser opérer le lendemain à la première heure. J'arrive donc le 3 avril à 7 heures avec mon interne : l'enfant venait de succomber. Douze heures avant il jouait, assis sur son lit.

Cette observation noircit ma statistique, et j'ai cependant tenu

à la noter ici, bien que je n'aie pas suivi le malade pendant sa crise absolument comme pour la précédente. Dans les deux observations qui suivent, j'ai soigné le malade dès le début et je suis intervenu d'urgence dès que les accidents suraigus se sont montrés : j'ai eu deux guérisons.

En mars 1899, je suis appelé par mon regretté élève le Dr Goin, auprès d'un garçon de dix-sept ans qui souffrait depuis quarante-huit heures dans la fosse iliaque droite. A mon arrivée, il y avait une rémission telle dans les symptômes que le Dr Goin me dit : « Si le malade avait été hier soir dans l'état où je le trouve ce matin, je ne vous aurais pas dérangé. » Le traitement habituel fut donc institué et tout semblait aller bien, lorsque le cinquième jour, la scène change brusquement et les accidents infectieux suraigus apparaissent. Mandé par téléphone, je fais aussitôt l'opération et je trouve une infection généralisée du péritoine récente, partie d'un foyer infect dans lequel je trouve l'appendice sphacélé. Le malade guérit bien.

Le 4 mai 1900, un garçon de quinze ans est pris d'accidents aigus d'appendicite, avec vomissements et 38 degrés. L'état semble s'amender sous mes yeux dans mon service de Bicêtre, lorsque sept jours après le début, brusquement la température monte à 39,4, le ventre se ballonne et devient d'une sensibilité extrême sur toute sa paroi. J'opère d'urgence et je trouve comme dans l'observation précédente une infection généralisée du péritoine, bantée sur une collection fétide péri-appendiculaire.

Pour ces deux malades, j'ai vu de mes yeux les deux lésions, l'une péri-cæcale, plus ancienne, l'autre généralisée, toute récente.

Ici encore, le malade guérit, ce qui prouve, pour le dire en passant, que la statistique des appendicites suraiguës serait moins sombre sans doute si l'on pouvait opérer très près du début.

2° *Crises qui ne refroidissent pas et qu'on est obligé d'opérer « à tiède »*. — Quatre fois sur mes 64 observations j'ai eu affaire à des malades qui traînaient en dépérissant sans que la température revienne jamais à la normale. Ces malades arrivent à une sorte d'asthénie générale : ils conservent une légère douleur avec un peu de défense musculaire dans la région appendiculaire : le pouls reste faible et un peu rapide, autour de 100. Dans d'autres cas, le pouls devient faible et d'une lenteur remarquable. J'ai actuellement dans mon service un jeune homme de vingt ans que je tiens en observation et qui a eu sa crise aiguë d'appendicite dans le service de M. Hudelo. Il est pâle et sans force, bien qu'il n'ait plus de fièvre depuis plus de huit jours. Son pouls qui, au début, était à 60, est maintenant à 48 à la minute : ce pouls est, en outre, faible, mal frappé et fuyant. Je crois qu'il n'y a pas à attendre en pareil

cas. J'ai opéré, dans ces conditions le douzième jour, le vingt-quatrième jour et le vingt-cinquième jour. Ces trois malades ont guéri. Mais un quatrième que j'ai opéré le 28 décembre 1901 dans mon service de la maison Dubois a succombé quatorze jours après l'intervention. Tout semblait parfait du côté du ventre; l'opéré commençait à s'asseoir sur son lit et je le considérais comme tout à fait hors d'affaire, lorsqu'un matin il mourut subitement en se mettant sur le bassin. Embolie ou syncope cardiaque, avons-nous dit. Je crois qu'il faut incriminer le retard que j'ai mis à enlever l'appendice. La crise avait été sévère et la toxhémie a pu avoir sur le muscle cardiaque une influence nocive. C'est, en somme, un cas à mettre au passif de l'expectation : l'opération n'est plus alors une véritable opération à froid : c'est d'une appendicite « tiède » qu'il s'agit, si on me passe cette expression.

J'ajouterai que les interventions à froid pour les autres cas refroidis sous mes yeux, m'ont donné un cas de mort par embolie ou syncope cardiaque, alors que l'opération est si bénigne dans l'appendicite chronique sans crises qu'elle ne comporte pour ainsi dire pas de mortalité.

Je pense que la même explication pathogénique peut être donnée pour cela : c'est la lésion organique produite par la toxhémie qu'on doit incriminer, et il se produit là une syncope cardiaque comme chez certains typhiques convalescents. M. Reynier nous a cité ici même un cas de mort subite qui relève sans doute de la même interprétation.

Dans les deux cas que je viens de citer, c'est le cœur qui a été touché : mais voici maintenant un fait, dans lequel c'est le rein qui a joué le rôle principal.

3° *Crises aiguës se terminant par un abcès.* — J'ai ici 22 faits sur 64 dans lesquels au cours de l'expectation j'ai eu à ouvrir un abcès : c'est une proportion considérable de 34, 37 p. 100. Il faut remarquer que si je comptais ces 22 abcès pour mes 111 opérations à froid, la proportion ne serait que de 19,82 p. 100; mais je le répète, pour pousser plutôt au noir la statistique de l'expectation, je garde le chiffre de 34,37 p. 100 pour la proportion des abcès survenus au cours de la temporisation. Sur ces 22 observations, je compte deux morts.

Un vigoureux petit Américain de onze ans venu à Paris pour l'Exposition de 1900 partait pour Cherbourg le 10 novembre 1900. Il avait eu « une indigestion » pendant la nuit, et dans le train les douleurs abdominales et les vomissements apparurent. Il était en arrivant sur le bateau à Cherbourg dans un état si lamentable que le médecin du bord refusa de le garder et l'enfant fût aussitôt remis dans un express pour Paris. Quand je le vis à onze heures

du soir, l'état général était des plus précaires et les douleurs abdominales des plus vives. Pas de pouls, refroidissement des extrémités. Espérant que la fatigue de ces dix-huit heures de voyage au début d'une crise d'appendicite entrait pour une bonne part dans la gravité de cet état, j'installai l'enfant confortablement au chaud et il faut dire que toute opération eût été impossible à ce moment : la famille d'ailleurs s'y refusait obstinément. Les jours suivants tout alla bien : le pouls revint à 100 et la température se maintint à 38 degrés. Il y eut des selles spontanées. Le sixième jour on me montre des urines noirâtres et l'examen microscopique décèle une quantité considérable de globules rouges. C'est devant cette hématurie que je décidai aussitôt l'opération. Le neuvième jour j'ouvris un abcès péri-cæcal dans lequel au milieu d'un verre environ de pus fétide je trouvai l'appendice sphacélé complètement détaché du cæcum. Deux calculs phosphatiques appendiculaires furent extraits et la poche fut soigneusement drainée. Le soir même, la température était à 36°8. Deux jours après (le 21 novembre) l'enfant qui semblait en excellent état fut pris brusquement de crises d'éclampsie. La sonde ramena 400 grammes d'urines noires dans les vingt-quatre heures. Malgré tous nos efforts il succomba le 23, dans la nuit, à de l'urémie convulsive. Un an auparavant ce pauvre enfant avait eu la scarlatine en Amérique, mais n'avait présenté depuis ni œdème, ni albumine. C'était sa première crise d'appendicite.

Ici, j'en suis convaincu, le désastre est imputable à l'expectation.

Cet enfant avait eu une scarlatine qui avait sans doute touché les reins et l'élimination des toxines appendiculaires par les reins est selon moi, la cause de cette néphrite suraiguë et par suite de cette anurie et de cette urémie terminales. Il est probable — je ne dis pas il est certain — qu'une opération hâtive aurait eu plus de chances de succès.

Je termine enfin en signalant un second cas de mort chez un malade à qui j'ai ouvert une collection d'origine appendiculaire au neuvième jour et qui succomba à une embolie probablement due à de la phlébite du voisinage de la veine iliaque (Thèse du Dr Petit, 1902).

J'en ai fini avec la liste trop longue des accidents que j'ai observés chez des malades non opérés au début de leur crise aiguë d'appendicite.

C'est en somme un total de 7 morts sur 111 cas : soit une mortalité de 6,30 p. 100, ou, si on préfère tabler sur les 64 cas que j'ai moi-même suivis, j'ai eu 5 morts sur 64, soit une mortalité de 7,80 p. 100.

Que faut-il en conclure? Evidemment, que la formule de M. Dieulafoy redite ici par M. Segond est absolument vraie :

« Laisser refroidir une appendicite, c'est exposer le malade à la mort. »

Mais parallèlement, je vais maintenant examiner si l'opération hâtive, ou du moins, aussi hâtive qu'on peut la faire « n'expose pas aussi le malade à la mort », car c'est là la clef de la question.

Je prends donc encore ma statistique personnelle, et je vois que sur 40 malades opérés dans les quatre premiers jours de la crise j'ai eu 9 morts, soit une mortalité de 22,50 p. 100 : et sur 13 cas d'appendicite suraiguë avec infection péritonéale généralisée, — ou dite telle, — j'ai eu 8 morts, soit une mortalité de 61,54 p. 100. J'oppose donc le chiffre de 22,50 p. 100, mortalité des opérés dans les quatre premiers jours, au chiffre de 6,30 ou de 7,80 p. 100 mortalité des opérés dont on laisse la crise aiguë se refroidir, et je dis que si on tient à donner une formule, il n'y en a qu'une répondant à la réalité, et la voici dans toute sa naïveté :

Tout malade qui a une appendicite est exposé à la mort, qu'on l'opère hâtivement ou non, à chaud ou à froid.

Mais l'opération dans les quatre premiers jours m'a donné 22,50 p. 100 de mortalité (sans parler de la mortalité de 61,54 p. 100 des opérations pour appendicite suraiguë) alors que l'expectation a un passif de 7,80 p. 100 de mortalité au grand maximum.

Je n'avais pas jusqu'ici fait ce relevé, mais ces chiffres que j'ai alignés sans parti pris et avec la plus entière sincérité ne font que confirmer l'impression que j'avais gardée de ma pratique, à savoir qu'il faut s'efforcer de ne pas opérer pendant l'orage péritonéal du début. Je n'en suis pas moins un interventionniste très déterminé, puisque sur 117 malades vus en pleine crise aiguë, j'en ai opéré d'urgence 53, c'est-à-dire près de la moitié. Je pense qu'avec ces chiffres, on ne saurait me classer parmi les abstentionnistes de parti pris. J'ajoute que ma pratique a subi quelques variations et que je me suis souvent laissé influencer par les catastrophes de l'expectation ou de l'opération hâtive : je tente maintenant la temporisation pour des cas où j'aurais certainement opéré d'urgence à telle époque de ma carrière et inversement.

On aurait donc tort de me répondre : « Les cas que vous avez opérés d'emblée, étaient plus graves que ceux pour lesquels vous avez tenté l'expectation, d'où la plus grande mortalité pour les premiers. » La plupart des crises pour lesquelles j'ai fait de la temporisation n'étaient pas moins sévères que celles pour lesquelles j'ai opéré hâtivement. Il y a d'ailleurs dans la pratique, des questions extra-doctrinales qui ne laissent pas toujours le chirurgien libre d'opérer quand il le voudrait.

J'ai parlé plus haut d'un petit Américain et de sa crise aiguë. Je

citerai deux autres observations pour montrer qu'il y en a de très graves parmi les crises que j'ai laissé refroidir.

Le 13 octobre dernier je suis appelé à Neuilly par le Dr Gouffier auprès d'une jeune femme dans un état paraissant désespéré. Frappée brusquement vingt-quatre heures auparavant de la douleur « en coup de poignard » dans la fosse iliaque droite, elle avait en quelques heures pris cet aspect si effrayant que nous connaissons, et quand je la vis avec les extrémités froides, le faciès grippé, le pouls incomptable ou plutôt introuvable, le ventre à moitié ballonné sur lequel on ne pouvait poser un doigt, etc..., je ne cachai pas au mari que nous avions affaire à une moribonde et qu'une opération dans ces conditions-là n'avait aucune chance de succès. Je crois pouvoir affirmer, et ici il faut me croire sur parole, que si j'avais touché à cette malade de la pointe d'un bistouri, elle aurait succombé sur la table d'opération. Eh bien, à ma grande stupéfaction, mon pronostic fatal ne s'est pas réalisé : immobilité, sérum chaud, injections hypodermiques d'éther camphré, etc..., tous nos moyens médicaux ont été mis en œuvre avec acharnement par le Dr Gouffier, et la malade est parfaitement remise de cette crise suraiguë. Je me suis assez étendu sur les dangers de l'expectation : on me permettra bien de mettre ce cas-là à son actif.

Avec le même Dr Gouffier, j'avais aussi en février dernier, laissé refroidir avec plein succès une crise très bruyante, pour laquelle nous avions beaucoup hésité à prendre d'emblée le bistouri.

Je n'aurais pas cité ces deux faits isolés, car à eux seuls ils ne signifient pas qu'il ne faut pas opérer hâtivement les appendicites suraiguës : mais alors, qu'on ne vienne pas nous apporter la relation d'un cas isolé de mort pendant l'expectation, en concluant qu'il faut toujours opérer d'urgence. Les séries seules sont intéressantes, comme l'a dit M. Kirmisson. Et c'est pour cela que, prenant les cas que j'ai suivis moi-même je viens vous dire : voici ce qu'il est advenu des malades, dont j'ai laissé refroidir sous mes yeux une crise aiguë d'appendicite, et voici parallèlement les résultats que j'ai obtenus en opérant d'emblée.

Mais, dira-t-on, pourquoi avez-vous opéré les uns alors que vous temporisiez pour les autres? Toute la question est là, et il faut s'appliquer à déterminer les symptômes qui doivent indiquer une intervention immédiate.

J'entends dire que cette discussion n'éclaire pas la question ; ce n'est pas mon avis. Voici des signes sur lesquels ces débats auront appelé l'attention pour le plus grand profit de la pratique.

M. Quénu nous a montré que la diffusion de la douleur a une grande valeur : cela est bon à retenir ; malheureusement, ce signe

doit être constaté dans les vingt-quatre premières heures. Et combien de fois voyons-nous des appendicites dans les premières heures? Ce signe, je le crains, ne pourra être utilisé que trop rarement, mais il est fort utile de le signaler « aux médecins ».

Voici encore M. Nélaton, qui nous indique « l'intensité de la douleur », comme d'une grande signification au point de vue de la production des abcès. Le fait est très intéressant, et cependant, on pourra dire que le symptôme douleur est une base fragile pour édifier un plan de conduite. Les sujets réagissent très diversement au mal, et telle douleur pour laquelle un patient se tordra sur son lit, laissera l'autre calme et maître de lui. Nous nous souviendrons cependant de ce signe.

Pour moi, je dirai sans préciser davantage que le plus souvent, je règle ma conduite sur un ensemble de symptômes, sur une impression clinique, « sur la tête du malade », si l'on me passe cette expression trop familière.

Mais j'ajoute qu'il y a trois symptômes qui me mettent sans retard le bistouri à la main, c'est :

1° L'ictère;

2° Les symptômes urinaires : anurie, hématurie ou albuminurie;

3° L'extrême fréquence du pouls ou son irrégularité.

Je pense, en effet, que ces symptômes indiquent que le foie et les reins sont au-dessous de leur tâche et qu'il est urgent de venir en aide à la nature pour éliminer les toxines d'origine appendiculaire. Ce qu'il y a de plus important, ce n'est pas de diagnostiquer la forme d'appendicite, mais c'est d'apprécier le mode de réaction du malade. La même forme d'appendicite peut nécessiter l'intervention immédiate chez un sujet dont les émonctoires fonctionnent mal, et bénéficier de la temporisation, chez un malade dont les reins et le foie sont à la hauteur de leur tâche protectrice. L'*ictère* d'une part, et les *troubles urinaires* de l'autre sont avec l'*extrême fréquence du pouls*, des indications formelles de ne pas tenter l'expectation, sous peine de s'exposer à tous les accidents viscéraux des maladies infectieuses, néphrites, myocardites, mort subite, etc...

Malheureusement, l'appréciation de ces symptômes est toujours fort délicate, et c'est ce qui rend la question si passionnante; mais plus on a vu de malades et plus on prend de cette expérience clinique qui devant un cas donné vous met le bistouri à la main, ou vous conseille d'attendre.

Et, connaissant bien les dangers de l'expectation, lorsque je crois pouvoir différer l'opération, je suis loin de garder cette sérénité que j'envie aux interventionnistes de parti pris; je consi-

dère qu'il est beaucoup plus difficile et plus angoissant d'attendre que d'opérer. Quand MM. Segond, Routier, etc., me disent qu'ils n'ont jamais eu à regretter d'être intervenus de bonne heure, j'envie leur optimisme, mais je ne le partage pas. Ces chirurgiens ouvrent le ventre, trouvent un liquide septique et un appendice en voie de gangrène : si le malade meurt, ils se disent qu'ils ont opéré trop tard, et si l'opéré survit, ils proclament qu'il serait mort de l'abstention,

Eh bien, sauf pour les infections généralisées du péritoine, on ne sait jamais, quoi qu'on trouve, ce qui serait advenu par l'expectation, et si la crise n'aurait pas guéri.

En opérant tardivement à froid, on rencontre souvent des appendices à moitié détruits au milieu d'un abcès résidual à contenu septique. En pleine crise on eût certainement trouvé du pus et une folliculite gangréneuse de l'appendice; et si on eût opéré à chaud, on n'aurait pas manqué de se féliciter d'avoir pris le bistouri, alors que l'abstention a été un bienfait.

Technique opératoire. — J'arrive maintenant à un point très important de la technique opératoire. Faut-il s'acharner en présence d'un abcès dans lequel on ne trouve pas aisément l'appendice, à faire des délabrements étendus et à prolonger l'opération jusqu'à ce qu'on ait découvert et réséqué l'organe malade? Ici encore, je laisse la parole aux chiffres. Vingt-cinq fois sur 41 abcès que j'ai ouverts, j'ai laissé l'appendice en place dans la paroi d'un abcès, et sur ces 25 malades j'ai dû intervenir 11 fois secondairement pour de petites crises nouvelles ou pour guérir une fistule persistante. Quand on laisse l'appendice, on a donc, d'après mes chiffres, 11 chances sur 25, soit 44 chances sur 100, d'avoir à faire ultérieurement une nouvelle opération.

C'est une grosse proportion évidemment, mais je me demande si on a le droit de faire subir à tous les malades un traitement incontestablement plus grave, pour leur éviter des accidents — toujours bénins d'ailleurs, — qu'ils ont 56 chances sur 100 de ne pas avoir. En somme, sur mes 41 abcès, j'ai pu, dans 16 cas, enlever l'appendice sans difficulté et sans effondrer les parois de l'abcès : pour ceux-là rien à dire, mais pour les 25 autres, il aurait fallu pour trouver l'appendice faire des manœuvres que je ne peux m'empêcher de considérer comme plus graves qu'une simple incision d'abcès, et je faisais ainsi courir des risques très appréciables aux 14 malades qui ont guéri définitivement, par une opération très simple. Pour les 11 autres, ils ont eu à subir une nouvelle opération plus tard, l'un pour une fistule vésicale, l'autre

pour une fistule vaginale, 7 pour des fistules cutanées, et 2 pour de légères crises nouvelles. Ces 11 malades ont guéri.

C'est pourquoi je ne suis pas sensible à cette fameuse formule : « quand on opère une appendicite, on doit l'appendice au malade ». Je ne connais pas de maladie qui ait inspiré autant de formules que l'appendicite. J'ajoute que ces formules me semblent toutes plus malheureuses les unes que les autres. Ce qu'on doit donner au malade, ce n'est pas son appendice, c'est l'assurance qu'on met à son service toute sa sagacité de clinicien et toute sa prudence d'opérateur.

Je continuerai donc dans le traitement de ces abcès, à ne pas rechercher à outrance l'appendice, quand quelques manœuvres prudentes ne me permettront pas de le cueillir, pour ainsi dire, sans difficulté.

Je recommande même de ne pas brosser et laver trop violemment le ventre du malade, dans la crainte de rompre des adhérences et d'infecter le péritoine, avant l'opération.

J'ajouterai qu'à l'inverse de plusieurs orateurs qui m'ont précédé à cette tribune, j'évite autant que possible d'ouvrir des abcès collectés, après avoir traversé la grande cavité péritonéale.

Six fois, mon incision de la paroi abdominale m'ayant conduit dans cette grande cavité, j'ai exploré avec la main les limites de l'abcès ou du gâteau, et me rendant bien compte du point où les adhérences s'arrêtaient, soit vers la crête iliaque, soit dans le flanc et en arrière, j'ai refermé mon incision pour en faire une seconde en un point où j'étais sûr d'ouvrir l'abcès, sans infecter la séreuse protégée. Ces six malades ont guéri.

Cette pratique me semble logique et prudente, mais il faut avouer qu'elle est radicalement opposée à celle des chirurgiens qni ne craignent pas de contaminer la grande cavité péritonéale par le pus fétide d'un abcès gangréneux : je confesse que, jusqu'à preuve du contraire, je préfère ne pas souiller le péritoine, quand c'est possible.

Quant au traitement médical, je m'associe à ce que MM. Reynier, Michaux, etc., ont dit de la nécessité de surveiller attentivement la manière dont la glace est appliquée sur le ventre, etc..., mais j'insiste en outre sur la « diète absolue », que je considère comme détestable dans l'expectation, si on n'a pas soin de faire concurremment des injections sous-cutanées de sérum. Je pense qu'il est dangereux de supprimer l'eau qui est nécessaire au bon fonctionnement des reins, et à l'élimination des toxines. Je fais remarquer que « diète hydrique » et « diète absolue » ne sont pas synonymes, et lorsque la crise est grave, il est selon moi de toute

nécessité de faire des injections de sérum, en même temps qu'on interdit toute boisson.

Avant de terminer, j'attire l'attention sur un fait qui me frappe quand j'examine ma statistique personnelle. Je veux parler des *épidémies locales d'appendicite.*

Voici une petite ville du département de l'Oise dans laquelle je suis allé 13 fois opérer des appendicites. Je ne puis croire que ce soit une simple série due au hasard. Le tableau suivant montre qu'il y a eu dans cette région une épidémie véritable qui s'est éteinte maintenant.

La ville en question compte sur le Bottin 4.500 habitants.

1897.	1 opération.	1900.	3 opérations.
1898.	2 opérations.	1901.	1 opération.
1899.	6 —	1902.	0 —

Voici parallèlement la série de mes opérations dans un village de Seine-et-Oise qui a seulement 900 habitants.

1898.	0 opération.	1901.	0 opération.
1899.	4 opérations.	1902.	0 —
1900.	2 —		

Là aussi, c'est en 1899 que le nombre des appendicites a été le plus considérable.

Je citerai enfin une ville du département de l'Oise où pendant l'année 1901 il y a eu une véritable poussée épidémique d'appendicite. J'ai opéré cette année-là quatre malades habitant cette ville de 3.700 habitants et le médecin qui m'a adressé ces malades a été pris lui-même d'accidents appendiculaires qui vont nécessiter une intervention à froid.

Le nombre des cas que j'ai observés à l'hôpital est intéressant à étudier aussi

Maison Dubois, 45 opérations en 1901,
— 24 opérations en 1902.

Malheureusement je ne peux mettre en regard que ces deux années puisque auparavant je dirigeais les services d'Ivry et de Bicêtre dans lesquels le mouvement n'est pas comparable à celui de la Maison de santé. Mais pour la clientèle de la ville il n'en est pas de même et voici le relevé de mes observations :

1894	1 opération.	1899	18 opérations.
1895	7 opérations.	1900	18 —
1896	3 —	1901	12 —
1897	5 —	1902.	9 —
1898	10 —		

Il y a donc eu semble-t-il une poussée véritable en 1899 et 1900, et je voudrais bien savoir si mes collègues en faisant leur relevé arriveraient à un résultat concordant.

J'ai cru d'abord que le nombre de mes opérations d'appendicite en ville augmentait en 1898, en 1899 et en 1900, parce que ma clientèle s'étendait d'année en année ; mais voici qu'en 1901 et en 1902 les chiffres diminuent, alors que parallèlement le nombre de mes autres opérations en ville va en augmentant.

Si j'en crois mes relevés, c'est à la grippe qu'on doit ces poussées épidémiques dont j'ai parlé, et c'est cette maladie infectieuse qu'on retrouve le plus souvent comme cause première de l'infection appendiculaire.

Conclusion. — En somme, après avoir relu mes 164 observations et après avoir écouté avec le plus grand intérêt tout ce qui a été dit à cette tribune, je m'en tiens aux conclusions suivantes.

Si on pouvait opérer dans les premières heures tous les malades, la mortalité deviendrait négligeable. Mais c'est impossible. Cependant quand les circonstances s'y prêtent, il ne faut pas hésiter à le faire.

Restent les crises aiguës pour lesquelles on est appelé après le deuxième jour. C'est le sens clinique du chirurgien, basé sur la pratique et sur un ensemble de signes, au premier rang desquels je place l'examen de l'état général et du pouls, l'ictère et l'albuminurie qui doit dicter sa conduite. *En cas de doute j'opère toujours*, tout en sachant que l'opération immédiate (je ne parle pas des premières heures) donne une mortalité considérable. Pour les cas où on croit pouvoir faire de l'expectation, il faut se tenir prêt à opérer : 1° si des accidents suraigus surviennent brusquement (4 fois sur 100) ; 2° si la crise traîne en longueur et ne se refroidit pas (4 fois sur 100) ; 3° s'il survient un abcès (34 fois sur 100). Et il faut savoir qu'avec l'expectation ainsi comprise, le malade court des dangers qu'on peut évaluer en chiffres à 7 chances de mort sur 100.

M. Reclus nous dit qu'après cette discussion chacun de nous gardera son opinion et sa pratique. J'espère au contraire que les « *radicaux* » opéreront un peu moins et que les « *temporisateurs* » interviendront un peu plus : les malades ne pourront qu'y gagner.

Communication.

Les micro-organismes de l'air dans les salles d'opération et d'hôpital; recherche d'un procédé de désinfection,

par MM. QUÉNU et LANDEL.

Dans le cours de la discussion qui eut pour spécial objet la stérilisation des mains en 1900, la question du milieu opératoire de l'air des salles d'opération fut volontairement négligée. Cependant, un des orateurs M. Broca y fit allusion en émettant cet aphorisme « qu'un chirurgien imbu des principes de la méthode aseptique doit pouvoir opérer n'importe quoi, à peu près n'importe où ».

A cette époque déjà nous avons entrepris M. Landel et moi toute une série de recherches en vue de vérifier par nous-mêmes l'influence possible du milieu sur l'asepsie opératoire. Depuis, nous les avons étendues et complétées, et c'est leur résultat qu'en notre nom commun je viens vous communiquer.

Nous avons hâte de reconnaître qu'une juste réaction s'est exercée depuis plus de vingt ans contre l'importance exagérée qu'attribuaient les chirurgiens au milieu opératoire. Les premiers fondateurs de l'antisepsie, Lister et son école, se préoccupaient beaucoup de la pureté de l'air, et ils avaient imaginé le spray pour débarrasser l'atmosphère de ses germes (1). L'immense pas en avant qui a suivi fut de démontrer que la contamination des plaies s'opère non par l'air, mais par le contact d'objets ou de mains sales; du coup les pulvérisateurs furent relégués à l'arrière-plan et peu à peu les brouillards phéniqués disparurent des salles d'opération. Ce n'est pas pour les ressusciter que nous avons entrepris ce travail. L'inutilité du spray pendant les opérations, et l'utilité ou l'inutilité d'un milieu opératoire aseptique, cela constitue deux questions tout à fait différentes et qu'il ne faut pas confondre.

La preuve en est que si d'une part les chirurgiens ont renoncé à la désinfection de l'air, ils ont d'un autre côté cherché à opérer dans un milieu habituellement soustrait aux causes de contamination et dans ce but ils ont demandé et obtenu la création de salles opératoires spéciales pour les lésions septiques et pour les lésions aseptiques. Dans le même esprit, on s'efforçait de simplifier et de réduire à son minimum l'ameublement opératoire afin que les

(1) Dans le même ordre d'idées Alphonse Guérin, voulant soustraire les plaies à l'action nocive de l'air des miasmes, comme on disait alors imaginait son pansement ouaté.

murs nus et facilement lessivables fussent les seuls réceptacles possibles des poussières apportées du dehors.

Nous avons participé dans la mesure de nos moyens à la vulgarisation et à la réalisation de ces idées; nous cherchons encore aujourd'hui à leur apporter de nouveaux arguments et une nouvelle consécration scientifique.

Nous n'avons pas la prétention d'être les premiers à avoir abordé l'étude des germes atmosphériques dans les milieux hospitaliers; notons cependant que ces études sont en très petit nombre, ce qui tient évidemment à la longueur et à la minutie des recherches. Une des premières fut entreprise par Miquel dès l'année 1880 (1); mais au point de vue qui nous occupe, le premier, Müller en 1893 (2), fit d'une façon alors spéciale des recherches dans la salle d'opération de Halle qui servait en même temps de salle de clinique.

Quatre ans plus tard, Flügge (3) entreprit de très intéressantes

(1) Miquel (*Les organismes vivants de l'atmosphère.* Paris, 1882, et *Ann. de l'Observ. de Montsouris*, 1880-87).

Cet auteur constate l'abondance extrême des germes microbiens dans les différents points de l'atmosphère de Paris; il étudie leur variation de nombre suivant le degré d'humidité, de chaleur, l'altitude, les saisons, etc.; il en détermine le nombre par mètre cube d'air dans les appartements, l'air extérieur, les salles d'hôpital.

(2) Müller (*Bakteriologische Luftuntersuchungen im Operationsaale der Chirurgischen Klinik zu Halle.* Halle 1893, Inaug. Dissert.), fait ses expériences dans la salle d'opération de Halle, qui sert en même temps de salle de clinique. L'auteur cherche à évaluer au moyen de milieux de culture solides contenus dans des boites de Pétri le nombre des germes qui peuvent tomber sur le champ opératoire et sur le matériel chirurgical. Pour cela, ses boites sont ouvertes durant dix minutes ou un quart d'heure soit avant, soit pendant, soit après la clinique qui se fait dans la salle d'opérations devant soixante-dix à quatre-vingt auditeurs. La salle ayant été complètement lavée avant les expériences, Müller trouve de 10 à 14 germes par boite (moyenne) avant la clinique; de 21 à 29 pendant la clinique et après, un nombre plus considérable. L'auteur conclut qu'il est difficile de réaliser une asepsie complète dans les salles d'opération; mais il dit peu de chose sur la détermination des espèces récoltées et sur leur virulence; cependant, il reconnaît avoir trouvé, sur plus de 3.000 germes recueillis, seulement 3 cultures de staphylocoque blanc et aucune de staphylocoque doré.

(3) Flügge (Ueber Luftinfection. *Zeitschr. für Hygien. und Infectionskrank.* — 1897, vol. XXV, fasc. 1 p. 179), fait passer, suivant des vitesses déterminées, un courant d'air à travers des étoffes ou sur du sable préalablement imprégnés d'une culture microbienne connue. Dans ces conditions, une vitesse de 60 mètres par seconde n'entraîne aucun microbe si les étoffes ou le sable sont mouillés; il suffit au contraire d'une vitesse variant de 4 millimètres à $0^{mm}2$, par seconde pour entraîner des poussières sèches; les plus fines flottent dans l'air pendant quatre heures. — Dans une seconde série d'expériences, l'auteur étudie la contamination de l'air par la présence

expériences sur la diffusion des germes sous l'influence des courants d'air et des actes exécutés par les personnes; tout dernièrement enfin, et à l'époque même ou nos travaux étaient commencés une thèse de Bordeaux de Lafolie (1) prenait pour sujet l'air des salles d'opération des hôpitaux militaires de Bordeaux et de Brest.

Ces travaux comme nous le disions plus haut sont donc, en assez petit nombre. Il résulte spécialement des recherches de Müller et de Lafolie que l'on rencontre dans l'air des salles d'opération un grand nombre de bactéries que les précautions les plus variées n'arrivent pas à faire disparaître.

Une profonde divergence existe entre Müller et Lafolie quant à la virulence et à la spécificité des germes, puisque le premier ne rencontre qu'une proportion de staphylocoques tout à fait insignifiante même dans les plus mauvaises conditions, alors que le second en trouve une quantité considérable; il semble difficile d'admettre que ces divergences soient dues à une simple différence de milieu. Nous remarquerons d'ailleurs que les caractères sur lesquels Lafolie base la spécificité de ses staphylocoques (couleur variable des cultures, inoculations non suivies d'abcès) ne sont point concluants. La question de la virulence microbienne

des expérimentateurs; à cet effet, il prend dans la bouche une culture de *Bacillus prodigiosus* et se place à des distances variables de boites de culture contenant divers milieux; il parle bas, puis fort; il tousse; il éternue. Dans tous ces cas, les plaques situées à plusieurs mètres de distance se couvrent de cultures; il en est de même pour celles qui sont placées derrière l'expérimentateur.

(1) Lafolie (*Une opération aseptique*. Th. Bordeaux, 1900). Il se sert, comme Müller, de boites de Pétri (gélose) qu'il expose pendant trois quarts d'heure dans le voisinage du champ opératoire, et plus longtemps en d'autres points de la salle. La salle de Bordeaux est établie dans des conditions défectueuses, servant de salle de clinique, possédant des gradins usés et jamais lavés, mais balayés à sec. Il fait dans cette salle cinq séries d'expériences : il obtient notamment au voisinage du champ opératoire une moyenne approximative de 193 colonies par boîte, dont plus de 91 staphylocoques blancs et 43 staphylocoques dorés, soit une proportion de plus de 2/3 de staphylocoques sur la totalité des germes; dans les autres points de la salle, cette proportion est encore plus considérable.

L'auteur ayant désinfecté la salle avec de la formaldéhyde la veille de l'opération, il ne recueille plus que 17 cultures par boîte de Pétri (moyenne) parmi lesquelles se trouvent encore 13 staphylocoques blancs et 2 staphylocoques dorés. La salle de Brest, construite au contraire d'après les données les plus récentes, contient encore une grande quantité de germes : l'auteur recueille en moyenne 186 colonies dont 112 de staphylocoques blancs et 0 de staphylocoque doré. — Le lendemain d'un lavage à l'eau fait à la lance, la moyenne des germes tombe à 24 par boîte dont 20 staphylocoques blancs et aucun staphylocoque doré.

des espèces recueillies n'est donc pas élucidée, non plus que celle de la désinfection, ébauchée par Lafolie; la formaldéhyde employée par lui étant d'un usage impraticable à cause de ses propriétés irritantes qui en interdisent l'usage pour un local devant toujours être prêt à servir.

Nos recherches ont porté sur trois points principaux.

1° Influence des diverses conditions extérieures sur le nombre des germes de l'air d'une salle d'opération, et évaluation de ce nombre comparativement à celui des autres locaux;

2° Spécificité et virulence des germes recueillis;

3° Choix d'un procédé pratique et efficace pour désinfecter l'air des salles devant habituellement ou accidentellement servir aux opérations.

Expériences.

I. — Détermination de la quantité de germes tombant pendant un temps donné sur une surface donnée dans la salle d'opération des laparotomies (pavillon Pasteur) et par comparaison, dans divers locaux du service.

Cette première série d'expériences a été faite au moyen de boîtes de Pétri de 65 centimètres carrés environ, contenant un milieu nutritif. Nous avons choisi la gélose peptonée; les boîtes à moitié remplies, ont été enveloppées soigneusement dans du papier filtre, puis autoclavées; leur parfaite stérilisation a été plusieurs fois vérifiée avant l'usage, par un séjour plus ou moins prolongé à l'étuve.

Pour l'expérience, un certain nombre de boîtes, disposées en divers points de la salle, ont été ouvertes par l'expérimentateur revêtu d'une blouse stérilisée et avec toutes les précautions d'usage; au moment de la fermeture, le couvercle a été rapidement flambé à l'alcool. Puis les boîtes, enveloppées de nouveau et numérotées, ont été portées dans l'étuve à 36 degrés pendant soixante-douze heures, temps qui nous a paru le plus convenable, après plusieurs essais, pour le développement complet des cultures et leur facile numération.

Nous avons rejeté pour cette série d'expériences les milieux gélatinés, à cause de la lenteur extrême du développement des cultures.

Cette méthode nous renseigne sur la quantité de germes *tombant* sur un espace déterminé, et non point sur la teneur en germes microbiens d'un certain volume d'air; nous l'avons choisie pour cette raison, ayant ici pour seul but d'étudier l'infection par l'air du champ opératoire et du matériel chirurgical. Comme

toutes les autres méthodes, elle ne nous donne qu'une approximation relative, puisqu'elle ne nous renseigne point sur les espèces anaérobies, ni sur celles qui se développent seulement sur des milieux de culture spéciaux.

Enfin, il est nécessaire, afin de ne pas avoir à y revenir, d'expliquer une fois pour toutes que notre service de chirurgie comprend aux hommes :

deux salles d'opérations;
une salle de malades aseptiques (Boyer);
une salle de malades septiques (Cochin);
et aux femmes :
une salle d'opérations aseptiques (salle des laparotomies);
une salle d'opérations septiques;
une salle de malades aseptiques (Bichat);
une salle de malades demi-aseptiques (Lorrain);
une salle de malades septiques (Richet);

et dans le fond de cette dernière, deux chambres d'isolement que l'on pourrait qualifier d'hyperseptiques, car on y place les malades atteintes de gangrènes, suppurations abondantes, etc.

La séparation complète des malades en catégories distinctes nous a grandement servi dans ces recherches.

A. — *Expériences faites dans la salle des laparotomies, en variant le nombre des spectateurs, en l'absence de toute pulvérisation antiseptique préalable.*

Première série. — Décembre 1900. Atmosphère humide.

1° *Expérience faite en dehors de tout assistant* (L'expérimentateur quitte la salle au moment de l'ouverture et ne revient que pour la fermeture des boîtes).

Quatre boîtes de gélose sont placées en des points différents de la salle d'opération des laparotomies. Les portes sont simplement entr'ouvertes au moment de la sortie et de la rentrée de l'opérateur, et refermées aussitôt.

Les boîtes restent ouvertes pendant 15 minutes.

Résultats :

Boîte	n° 1.	39 cultures.
—	n° 2.	17 —
—	n° 3.	22 —
—	n° 4.	26 —

Moyenne pour les 4 boîtes : 26 cultures (pour 15 minutes).

2° *Expérience faite avec 5 assistants dans la salle d'opérations (revêtus de blouses stérilisées).*

Les 5 personnes circulent et parlent dans le voisinage des boîtes.

Durée d'ouverture : 10 minutes.
Résultats :

Boîte nº 1	50	cultures.
— nº 2	76	—
— nº 3	100	—
— nº 4	64	—

Moyenne pour les 4 boîtes : 72 cultures.

3º *Expérience faite pendant l'opération avec 20 personnes dans la salle (y compris la malade).*

Les assistants sont revêtus de blouses stérilisées; on circule et on parle à voix basse pendant l'expérience.
Durée d'ouverture : 10 minutes.
Résultats :

Boîte nº 1	90	cultures.
— nº 2	74	—
— nº 3	100	—
— nº 4	96	—

Moyenne pour les 4 boîtes : 90 cultures.

Résumé :
Quantité moyenne de cultures par boîte :

1º *Avec* 0 *assistant*	26	cultures.
2º *Avec* 5 *assistants*	72	—
3º *Avec* 20 *assistants*	90	—

DEUXIÈME SÉRIE. — Mars 1901. Atmosphère humide.
Même façon d'opérer que précédemment.
1º *Aucun assistant dans la salle.*
Durée d'ouverture : 10 minutes.
Résultats :

Boîte nº 1	13	cultures.
— nº 2	16	—
— nº 3	19	—
— nº 4	14	—

Moyenne par boîte : 15,5 cultures.

2º 16 *assistants dans la salle. Blouses stérilisées.*
Durée d'ouverture : 10 minutes.
Résultats :

Boîte nº 1	110	cultures.
— nº 2	80	—
— nº 3	85	—
— nº 4	95	—

Moyenne par boîte : 92,5 cultures.

Résumé :
Quantité moyenne de cultures par boîte :

1º *Avec* 0 *assistant*	15,5	cultures.
2º *Avec* 16 *assistants*	92,5	—

TROISIÈME SÉRIE. — Mars 1901. Atmosphère sèche.

10 assistants sont présents pendant l'expérience. Quelques-uns circulent autour des boîtes.

Durée d'ouverture : 10 minutes.

Résultats :

Boîte nº 1	95 cultures.
— nº 2	113 —
— nº 3	100 —
— nº 4	100 —

Moyenne par boîte : 102 cultures.

QUATRIÈME SÉRIE. — Décembre 1900. Atmosphère humide.

Immédiatement avant l'opération, les fenêtres sont largement ouvertes; elles ne sont fermées qu'après l'entrée des assistants.

Il y a 25 personnes dans la salle au moment de l'expérience.

Deux boîtes seulement sont exposées pendant 10 minutes.

Résultats :

Boîte nº 1	80 cultures.
— nº 2	100 —

Moyenne par boîte : 90 cultures.

CINQUIÈME SÉRIE. — Décembre 1901. Atmosphère humide.

1º *Aucun assistant dans la salle.*

Les boîtes sont ouvertes pendant 10 minutes.

Résultats :

Boîte nº 1.	53 cultures.
— nº 2.	47 —
— nº 3.	16 —
— nº 4.	44 —

Moyennne par boîte : 40 cultures.

2º *12 assistants dans la salle.*

De ces 12 assistants, la plupart sont de nouveaux stagiaires qui parlent et circulent autour des boîtes. Ils sont revêtus de blouses stérilisées.

Exposition des boîtes pendant 10 minutes.

Résultats :

Boîte nº 1.	66 cultures.
— nº 2.	65 —
— nº 3.	75 —
— nº 4.	58 —

Moyenne par boîte : 66 cultures.

Résumé :

Quantité moyenne de cultures par boîte :

Avec 0 assistant	40 cultures.
Avec 12 assistants.	66 —

SIXIÈME SÉRIE. — Décembre 1901. Atmosphère humide.

18 assistants dans la salle.

Les boîtes sont divisées en deux lots; 3 d'entre elles sont placées sur un tabouret entouré d'assistants qui parlent à voix basse, font des mouvements et toussent pendant la durée de l'expérience. Les 4 autres boîtes sont placées en d'autres points de la salle.

Durée d'ouverture : 10 minutes.

Résultats pour le premier lot :

Boîte n° 1	67 cultures.
— n° 2	110 —
— n° 3	73 —

Moyenne par boîte : 83,3 cultures.

Résultats pour le second lot :

Boîte n° 4.	54 cultures.
— n° 5.	74 —
— n° 6.	51 —
— n° 7.	49 —

Moyenne par boîte : 57 cultures.

Résumé :

Quantité moyenne de cultures par boîte avec 18 assistants :

Loin des assistants	57 cultures.
Au milieu des assistants	83,3 —

B. — *Expériences faites dans les divers locaux du service.*

Nous avons recherché ensuite, comme terme de comparaison, quelle pouvait être la quantité de germes tombant dans des contions semblables, dans des boîtes de Pétri placées dans les différents autres locaux du service. Nos expériences ont porté sur les locaux suivants :

1° Salle d'opération des hommes;

2° Salle Boyer (malades, hommes aseptiques);

3° Salle Cochin (malades, hommes septiques);

4° Vestibule attenant à la salle des laparotomies du pavillon Pasteur (femmes);

5° Salle Bichat (femmes, malades aseptiques);

6° Salle Lorain (femmes, malades demi-aseptiques);

7° Salle Richet (femmes, malades septiques);

8° Annexes de Richet (malades, hyperseptiques);

9° Air extérieur, au voisinage de la salle des laparotomies.

Salle d'opération des hommes.

Cette salle est de construction ancienne, d'un nettoyage difficile ; le soleil pénètre largement dans la salle pendant l'expérience, elle n'est séparée que par une porte et une cloison en bois de la salle des opérations septiques.

Il y a 10 assistants dans la salle, avec blouses stérilisées.

Quatre boîtes de Pétri sont placées aux quatre angles de la salle et ouvertes 10 minutes.

Résultats (chiffres approximatifs) :

Boîte n° 1	180 cultures.
— n° 2	170 —
— n° 3	150 —
— n° 4	160 —

Moyenne par boîte : 165 cultures.

Salles de malades (hommes).

1° Salle Boyer (malades aseptiques), le parquet de la salle ciré se nettoie à sec.

Trois boîtes sont exposées un vendredi matin (lendemain du jour d'admission du public dans les salles) pendant 10 minutes. Aucun mouvement autour des boîtes pendant l'expérience.

Résultats :

Boîte n° 1	101 cultures.
— n° 2	70 —
— n° 3	113 —

Moyenne par boîte : 94,6 cultures.

2° Salle Cochin (malades septiques. — Le parquet de la salle se nettoie au linge humide).

Six boîtes sont exposées un vendredi matin (lendemain du jour d'admission du public dans les salles), dont 3 dans la salle principale et 3 dans la salle du fond. Quelques personnes circulent dans la salle principale pendant la durée de l'expérience.

Salle principale, résultats :

Boîte n° 1	104 cultures.
— n° 2	129 —
— n° 3	123 —

Moyenne : 118,6 cultures.

Salle du fond, résultats :

Boîte n° 4	66 cultures.
— n° 5	100 —
— n° 6	76 —

Moyenne : 80,6 cultures.

Moyenne par boîte : 99,6 cultures.

Vestibule attenant à la salle des laparotomies (pavillon Pasteur).

L'expérience a été faite en l'absence de tout assistant, en évitant la circulation à ce moment. L'opérateur se tient éloigné des boîtes pendant toute la durée de l'expérience.

Deux boîtes sont exposées pendant 10 minutes.

Boîte n° 1.	102 cultures.
— n° 2.	98 — (environ).

Moyenne par boîte : 100 cultures.

Salle de malades (femmes).

Salle Bichat (le parquet ciré se nettoie à sec). — Le nettoyage se fait assez tard dans la matinée, ce qui, par suite du soulèvement des poussières, peut avoir une certaine influence sur les résultats obtenus.

1° Trois boîtes sont exposées pendant 10 minutes au milieu de la salle à 1m50 de hauteur. 2 personnes passent non loin des boîtes pendant l'expérience (on a nettoyé le parquet une demi-heure avant l'expérience).

Résultats :

Boîte n° 1.	84 germes.
— n° 2.	75 —
— n° 3.	93 —

Moyenne par boîte : 84 germes.

2° Seconde expérience dans les mêmes conditions. On n'a fait aucun nettoyage du parquet durant les 2 heures qui ont précédé l'expérience. Une personne passe non loin des boîtes.

Résultats :

Boîte n° 1	77 cultures.
— n° 2	45 —
— n° 3	70 —

Moyenne par boîte : 64 cultures.

3° Troisième expérience dans des conditions analogues ; cette expérience est faite le lendemain d'un jour d'admission du public dans les salles (vendredi). — Les portes restent fermées pendant la durée de l'expérience et l'on ne circule pas autour des boîtes.

Résultats après 10 minutes d'exposition :

Boîte n° 1	110 cultures.
— n° 2	121 —
— n° 3	99 —

Moyenne par boîte : 106,6 cultures.

4° Quatrième expérience faite un jeudi matin ; il n'y a eu la veille aucune introduction du public dans la salle. Pendant la durée de l'expérience, les malades sont couchées, les portes fermées et l'on ne circule point autour des boîtes.

Résultats après 10 minutes d'exposition :

Boîte n° 1. . . . . 19 cultures.
— n° 2. . . . . 43 —
— n° 3. . . . . 36 —
— n° 4. . . . . 34 —
Moyenne par boîte : 33 cultures.

Salle Lorain (le parquet, ciré, se nettoie à sec. — Le nettoyage se fait à la première heure).

1° Trois boîtes sont exposées comme précédemment. Aucun balayage n'a été pratiqué depuis plusieurs heures. Une personne passe près des boîtes pendant l'expérience.

Résultats :

Boîte n° 1. . . . . 35 cultures.
— n° 2. . . . . 39 —
— n° 3. . . . . 44 —
Moyenne par boîte : 39,3 cultures.

2° Même expérience, faite le vendredi matin (lendemain du jour d'admission du public). La porte reste fermée et personne ne circule dans la salle pendant l'expérience.

Boîte n° 1. . . . . 32 cultures.
— n° 2. . . . . 34 —
— n° 3. . . . . 48 —
Moyenne par boîte : 38 cultures.

(Résultat sensiblement identique à celui de la première expérience).

Salle Richet (le parquet, ciré, se nettoie à sec. — Le nettoyage se fait à la première heure).

1° Trois boîtes sont exposées pendant 10 minutes. Personne ne circule pendant l'expérience. Aucun balayage depuis plusieurs heures. Les portes restent fermées.

Résultats :

Boîte n° 1. . . . . 29 cultures.
— n° 2. . . . . 21 —
— n° 3. . . . . 26 —
Moyenne par boîte : 25,5 cultures.

2° Trois nouvelles boîtes sont exposées pendant 10 minutes, dans des conditions opposées à celles de l'expérience précédente : on circule dans la salle pendant l'ouverture des boîtes et les portes sont fréquemment ouvertes. L'expérience est faite un vendredi matin, lendemain du jour d'admission du public.

Résultats :

Boîte n° 1 . . . . 94 cultures.
— n° 2 . . . . 108 —
— n° 3 . . . . 147 —
Moyenne par boîte : 116,3 cultures.

3° Quatre dernières boîtes sont exposées un jeudi matin; les portes restent fermées et l'on circule peu dans la salle pendant la durée de l'expérience; deux personnes passent près des boîtes.

Résultats :

Boîte n° 1	41	cultures.
— n° 2	31	—
— n° 3	40	—
— n° 4	65	—

Moyenne par boîte : 44,2 cultures.

Chambres annexes de Richet.

1° Une de ces chambres est évacuée, mais non désinfectée; 2 boîtes sont exposées pendant 10 minutes, la porte étant fermée et en l'absence de tout assistant.

Résultats :

Boîte n° 1	8	cultures.
— n° 2	46	—

Moyenne par boîte : 27 cultures.

2° La même salle contient une malade très infectée; la porte reste ouverte; des infirmières du service circulent autour des boîtes exposées.

Résultats :

Boîte n° 1	65	cultures.
— n° 2	59	—

Moyenne par boîte : 62.

3° La salle de gauche contient une malade très infectée; la porte reste ouverte; personne ne circule pendant la durée de l'expérience.

Résultats :

Boîte n° 1	93	cultures.
— n° 2	111	—

Moyenne par boîte : 102 cultures.

4° Le même jour, la salle de droite et la salle de gauche, contenant chacune une malade très infectée, reçoivent chacune 4 boîtes pendant 10 minutes. Les portes restent ouvertes; personne ne circule pendant l'expérience.

Salle de droite :

Boîte n° 1	54	cultures.
— n° 2	52	—
— n° 3	38	—
— n° 4	34	—

Moyenne : 49,5 par boîte.

Salle de gauche :

Boîte n° 1	41	cultures.
— n° 2	62	—
— n° 3	53	—
— n° 4	27	—

Moyenne : 45,7 par boîte.

5° *Influence du balayage.* — Dans l'une des salles annexes de Richet, venant de loger une malade infectée et n'ayant reçu aucun nettoyage, on fait un balayage à sec énergique, de façon à soulever une grande quantité de poussières.

La salle cube 37 mètres environ ; la porte ferme à peu près parfaitement.

a) Immédiatement après le balayage, 2 boîtes de gélose sont exposées dans la salle pendant 6 minutes.

Résultats :

Boîtes nos 1 et 2 . . . . . . De 500 à 800 cultures.

b) 10 minutes après cessation du balayage, 2 nouvelles boîtes sont exposées pendant 6 minutes.

Résultats :

Boîte n° 1 . . . . 200 (approximativement).
— n° 2 180
Moyenne par boite : 190.

c) 20 minutes après cessation du balayage, toujours en l'absence de spectateurs, 3 nouvelles boîtes sont exposées pendant 15 minutes.

Résultats :

Boîte n° 1 . . . . 200 cultures.
— n° 2 . . . . 220 —
— n° 3 . . . . 210 —
Moyenne par boîte : 210 cultures.

d) 45 minutes après cessation du balayage, exposition de 3 nouvelles boîtes dans dans les mêmes conditions pendant 15 minutes.

Résultats :

Boîte n° 1 . . . . 65 cultures.
— n° 2 . . . . 75 —
— n° 3 . . . . 61 —
Moyenne par boîte : 67 cultures.

chiffre se rapprochant des moyennes obtenues dans les autres salles de malades.

Air extérieur.

(Novembre 1900). Temps humide, vent modéré.

2 boîtes sont exposées pendant un quart d'heure.

Résultats :

Boîte n° 1 . . . . 28 cultures.
— n° 2 . . . . 35 —
Moyenne par boîte : 31,5.

Il nous a paru instructif de mettre en regard, dans le tableau suivant, les moyennes générales des nombres obtenus, par boîte et par heure, pour la salle des laparotomies au pavillon Pasteur suivant la quantité plus ou moins grande des assistants, et celles que nous avons relevées pour les autres locaux :

Nombres moyens de germes recueillis par boîte de Pétri, ***sans désinfection préalable*****, dans les divers locaux du service.**

SALLE DES LAPAROTOMIES (femmes)	SALLE D'OPÉRATIONS (hommes)	SALLES DE MALADES (hommes)	SALLES DE MALADES (femmes)	VESTIBULE du PAVILLON PASTEUR	AIR EXTÉRIEUR
Aucun assistant. { 15,5 (10 min.) / 40 (10 min.) / 26 (15 min.) } Moy. : 27	10 assistants. — (10 minutes.)		Bichat (Aseptiques). — (10 minutes.) (conditions variables) { 33 / 64 / 84 / 106,6 } 71,9	Aucun assistant. — (10 minutes.)	(Humide.) (15 minutes.)
	165	Aseptiques Boyer. — (10 min.) 94,6	Lorain (Demi-septiques). — (10 minutes.) { 38 / 39,3 } 38,6	100	31,5
5 assistants. — (10 min.) 72 Moy. : 72			Richet (Septiques). — (10 minutes.) (conditions variables) { 25,5 / 44,2 / 116,3 } 62		
			Chambres annexes de Richet (Hyperseptiques). — (10 minutes.) (conditions variables) { 27 / 47,6 / 62 / 102 } 59,6		
De 10 à 25 assistants. — (10 min.) { 10 ass. = 102 / 12 ass. = 66 / 16 ass. = 92,5 / 18 ass. = 70 / 20 ass. = 90 / 25 ass. = 90 } Moy. : 85		Septiques Cochin. — (10 min.) 99,6	Chambres annexes de Richet après balayage à sec. { Immédiatement après balayage. 6 min. : 500 à 800 / Après 10 min. 6 min. : 190 / Après 20 min. 15 min. : 210 / Après 45 min. 15 min. : 67 }		

Conclusions de la première série d'expériences.

Voici les conclusions qui se dégagent de cette première série d'expériences.

La salle d'opérations aseptiques en dehors de toute désinfection préalable constitue le milieu le plus pauvre en germes, à la condition qu'il n'y ait personne dans la salle. C'est ainsi que nous trouvons des chiffres de : 27 germes par boîte à opposer à :

71 pour la salle Bichat (aseptique).
38 pour la salle Lorain (demi-aseptique).
59 pour la salle Richet (septique).

Mais dans cette même salle d'opérations, le chiffre monte de 27 à 72 avec 5 assistants et à 85 avec plus de 10 assistants.

Dans une même expérience, le chiffre est de 57 loin du groupe formé par l'opéré et les assistants, il est de 83 au voisinage. Ces résultats sont une confirmation indirecte de ceux de Flugge.

Mais si nous comparons les trois salles de malades entre elles, les chiffres précédents prennent une allure paradoxale; la teneur en germes est en effet plus grande dans la salle des aseptiques; le chiffre des germes monte à 64, 84, et même 106 pour la salle Bichat, tandis que certaines expériences faites dans la salle des suppurants ne fournissent que 44 et même 25,5 germes par boîte et par 10 minutes.

Si on analyse minutieusement les conditions de l'expérience, on s'aperçoit que la contradiction n'est qu'apparente et qu'il est un facteur dont il faut tenir le plus grand compte : c'est l'état de calme ou d'agitation de l'air. En effet, dans le milieu le plus septique, dans les chambres annexes d'isolement de Richet, vide, mais non désinfectée après le départ de la malade, le chiffre des germes est tombé à 27; mais qu'on ait balayé préalablement cette même chambre, on arrive après six minutes seulement d'exposition des boîtes aux chiffres formidables de 500 et de 800. Dix minutes après la cessation du balayage, la proportion tombe à 190 et quarante-cinq minutes après à 65.

De même dans la salle des aseptiques : les malades étant couchées, et personne ne circulant, la proportion n'est que de 33 germes si le parquet a été nettoyé une demi-heure avant, elle est de 84, et de 64 seulement si le nettoyage a précédé de deux heures.

De même nous avons relevé l'influence incontestable de la visite des parents des malades faite la veille et portant la proportion des germes à 106.

Donc il faut admettre comme conclusion principale que ce qui influence le plus le *nombre* des germes, c'est le balayage, l'agitation de l'atmosphère et la circulation des personnes.

Nous avons hâte d'ajouter que mesurer même approximativement la quantité des germes et moisissures, n'est pas du tout résoudre la question la plus importante ; la *qualité* des germes en effet importe plus encore que la *quantité*, c'est dans ce but que nous avons entrepris la seconde série d'expériences, visant à la détermination des espèces.

II. — Détermination des espèces.

Nous n'avons pas eu dans ce travail la prétention d'identifier toutes les espèces recueillies, mais simplement de noter les plus fréquemment rencontrées, et surtout, de reconnaître autant que possible les espèces pathogènes.

Personne n'ignore, en effet, le polymorphisme extrême des cultures microbiennes qui pour beaucoup en rend la détermination presque illusoire. D'autre part, il faut rappeler qne beaucoup d'espèces pathogènes (bacilles tuberculeux, streptocoque, etc.) échappent à nos recherches, soit à cause de leur inaptitude à se développer dans les conditions ordinaires, soit par suite de la perte rapide de leur virulence.

Nous avons systématiquement examiné par les procédés de coloration usuels et reporté sur les divers milieux de culture toutes les colonies qui sur les boîtes d'expériences, nous ont paru avoir des caractères différents. Toutes ces espèces, cultivées en bouillon peptoné, ont été inoculées à des lapins et à des cobayes (oreille, cavité péritonéale).

Les germes recueillis dans l'ensemble de nos expériences appartiennent à l'un des trois groupes suivants :

1° Mucorinées (moisissures) ;

2° Blastomycètes (levures) ;

3° Schizomycètes (bactéries).

Les moisissures sont toujours en petit nombre : on en trouve de 1 à 5 par boîte de 40 à 100 colonies, soit 2 à 6 p. 100 environ. Cette proportion paraît s'élever lorsque les poussières deviennent plus considérables ; on en rencontre de 8 à 10 p. 100, et parfois davantage, après un balayage récent. Elle nous ont semblé particulièrement abondantes dans la salle Richet, où elles ont atteint dans certains cas la proportion de 1/5.

Les levures, assez facilement reconnaissables à l'aspect de leurs colonies, se rencontrent à peu près dans les mêmes proportions que les moisissures.

Les bactéries, qui nous intéressent seules ici, se trouvent dans les boîtes dans la proportion de 90 à 95 p. 100 environ. Nous avons réussi à en isoler une trentaine d'espèces qui nous ont toujours paru se reproduire avec les mêmes caractères dans les milieux usuels; soit 18 à 20 espèces de *cocci*, 8 à 10 de bactéries allongées et 3 espèces de bactéries ramifiées à spores (cladothrix).

Microcoques. — La plus grande partie est représentée par des espèces *jaunes* non pathogènes. Elles semblent répondre aux descriptions classiques des *micrococcus luteus*, *micrococcus flavus*, *liquefaciens et desidens* ne liquéfiant pas la gélatine ou la liquéfiant en plus de trois jours à 23 degrés.

Deux espèces blanches très fréquentes correspondent au *micrococcus candicans* et *candidus*, ne liquéfiant pas la gélatine.

On rencontre aussi très souvent des espèces roses (*M. roseus*), rougeâtres (*M. prodigiosus*), devenant rouge vif sur pomme de terre), orange (*M. aurantiacus*).

On trouve enfin fréquemment aussi d'autres espèces que nous n'avons pas pu déterminer, mais qui ne se sont point montrées pathogènes.

Nous avons noté la présence d'un microcoque blanchâtre, ne liquéfiant que très lentement la gélatine à 23 degrés, non pathogène; puis enfin l'existence d'un microcoque de couleur jaune doré, rappelant par ses caractères extérieurs le *St. aureus*, mais en différant par l'aspect plus étalé de ses cultures et la lenteur de liquéfaction de la gélatine; cette espèce n'est point pathogène pour le lapin et le cobaye.

Bactéries allongées. — Les espèces les plus fréquentes sont: *Bacillus subtilis* et *Bacterium termo*, très abondants; plus quelques espèces semblant se rapprocher des *Bacillus mesentericus*. Les autres espèces, non déterminées, ne se sont point montrées pathogènes pour les animaux.

Bactéries ramifiées. — Nous avons isolé 3 espèces de cladothrix facilement reconnaissables à leur consistance cartilagineuse et à l'aspect de leurs spores; deux de ces espèces secrètent un pigment brunâtre qui à la longue colore la gélose. — Leur inoculation n'a produit aucun trouble chez le lapin et le cobaye.

Variation des espèces suivant les locaux. — D'une façon générale, dans chacun des divers locaux où nous avons expérimenté, nous avons recueilli, quoique plus ou moins fréquemment, la plus grande partie des espèces ci-dessus mentionnées, qui sont d'ailleurs de celles qu'on rencontre partout dans l'air atmosphérique. Il convient cependant de remarquer que la flore microbienne paraît beaucoup plus variée d'ordinaire dans les milieux

septiques, bien que la cause de cette variété ne soit pas due à des espèces virulentes.

Par exemple dans la salle Bichat, nous relevons dans une de nos expériences pour 100 cultures, 75 colonies de *Micrococus luteus* et 25 colonies appartenant seulement à deux ou trois espèces de microcoques non pathogènes; le même jour, nous trouvons dans la salle Richet pour 100 cultures, 17 moisissures et le reste formé par des colonies comprenant plus de 20 espèces différentes; Micrococques, Bacilles, Levures, Cladothrix, etc,

En résumé, les bactéries que nous avons recueillies dans les expériences précédentes, tant dans la salle d'opérations des laparotomies que dans les salles de malades et autres locaux nous avaient semblé appartenir pour la plupart à des espèces saprophytes connues et ne s'étaient montrées dans aucun cas pathogène pour le cobaye et le lapin. La vérification de ce fait ayant une grande importance, nous avons de nouveau recherché les microbes pathogènes en exposant de nouvelles boîtes et en cherchant à augmenter les chances de contamination de nos milieux de culture en multipliant les conditions d'expériences.

Expériences.

Exp. I. — *Salle des laparotomies.*

3 boîtes de gélose sont exposées pendant 10 minutes sur des tabourets, au milieu d'un groupe d'assistants qui intentionnellement parlent et toussent pendant la durée de l'expérience.

Au bout de 72 heures, les boîtes préalablement mises à l'étuve à 36 degrés contenaient de 260 à 280 cultures environ.

Examen de ces cultures :

L'aspect des colonies rappelle celui des cultures déjà observées jusqu'ici. Les espèces chromogènes de couleur jaune prédominent. Celles-ci, dans le but de rechercher le staphylocoque doré, sont spécialement étudiées. 4 espèces distinctes sont isolées :

1° Cocci jaune citron, par 2 ou par 4, liquéfiant la gélatine en plus de 5 jours;

2° Diplocoques jaune de chrome foncé; liquéfiant la gélatine en 6 à 7 jours à 23 degrés ;

3° Cocci ovalaires, couleur ocre clair, liquéfiant en 6 jours.

5° Grosse levure jaune citron, cultures mamelonnées.

Toutes ces espèces, cultivées en bouillon peptoné, sont inoculés à la dose de 1 centimètre cube dans l'oreille droite d'un lapin. La réaction est nulle ou insignifiante; aucune formation d'abcès.

Un mélange de ces 4 cultures, inoculé dans l'oreille d'un 5e lapin, ne donne lieu à aucune réaction.

Les cultures blanches recueillies dans les boîtes ne liquéfient poin la gélatine et sont inoffensives pour le lapin.

Exp. II. — *Salle Bichat.*

3 boîtes de gélose et 3 boîtes de gélatine sont exposées 10 minutes dans la salle Bichat (malades non septiques). Le parquet est nettoyé et passé au chiffon de laine pendant la durée de l'expérience.

Résultats :

Les 3 boîtes de gélose donnent 250 cultures environ. Ces cultures sont examinées et reportées sur les divers milieux. Cultures ayant les caractères des précédentes; aucun staphylocoque doré, aucun staphylocoque blanc.

Les boîtes de gélatine montrent au bout de 4 jours, une seule espèce ayant liquéfié : cette espèce est un diplocoque inoffensif pour le cobaye (cavité péritonéale) et pour le lapin (oreille).

Exp. III. — *Chambre annexe de Richet.*

Dans cette salle se trouve une malade portant un anus iliaque et présentant de la suppuration, 4 boîtes de gélose sont ouvertes dans la salle pendant 20 minutes.

Résultats :

Au bout de 72 heures : les 4 boîtes sont recouvertes d'un grand nombre d'espèces. Toutes les cultures d'apparence suspecte sont examinées et portées dans divers milieux. Nous inoculons dans l'oreille *gauche* de divers lapins les 8 espèces suivantes :

1° Culture ocre clair, cocci ovalaire, liquéfaction très lente de la gélatine.

2° Culture jaune doré, diplocoque liquéfiant lentement la gélatine.

3° Culture jaune doré, cocci liquéfiant *très rapidement* (24 heures), la gélatine. 4 ou 5 cultures de cette espèce ont été observées sur les boîtes.

N° 4. — Culture jaune à bords grisâtres, microcoques ne liquéfiant pas.

N° 5. — Plaques grisâtres, cocci gros, ne liquéfiant pas.

N° 6. — Cultures blanches, microcoques liquéfiant très lentement.

N° 7. — Petites colonies grisâtres, cocci ne liquéfiant pas.

N° 8. — Cultures grisâtres, translucides, bacilles courts, liquéfiant lentement.

Enfin, un 9e lapin reçoit dans l'oreille gauche un mélange à parties égales de 1 centimètre cube de toutes ces cultures.

Tous les lapins inoculés, sauf 3 et 9, présentent une réaction nulle ou insignifiante de l'oreille inoculée.

Le lapin n° 3 présente au bout de 2 jours une oreille rouge, tuméfiée, douloureuse; formation d'un gros abcès; suppuration abondante; guérison au bout de 15 jours avec une eschare superficielle de la taille d'une pièce de 20 centimes.

Le lapin n° 9 (mélange de toutes les cultures), présente au bout de 2 jours une oreille considérablement tuméfiée et douloureuse; formation d'un énorme abcès, beaucoup plus gros que le n° 3, suivi de l'élimination d'une grosse eschare, qui aboutit à la perforation de l'oreille. Guérison avec un orifice de la taille d'une pièce de 2 francs.

Dans le pus des abcès des n° 3 et 9, on constate au microscope la présence de staphylocoques; ce pus, ensemencé sur gélose et sur gélatine, donne des cultures semblables au n° 3.

La culture n° 3 est donc celle d'un staphylocoque doré *pathogène*; l'association de cette culture à d'autres cultures inoffensives semble en avoir accru notablement la virulence.

Exp. IV. — *Salle Richet.*

Quatre boîtes de gélose sont ouvertes 10 minutes dans la salle Richet Après 3 jours d'étuve, les boîtes montrent 2 cultures de *Bacille pyocyanique* facilement reconnaissable par la coloration qu'il communique à la gélose.

Informations prises, nous apprenons que l'une des malades de la salle Richet (tuberculose du coude avec larges ulcères), présente depuis quelques jours du pus bleu dans ses pansements.

Le bacille de l'air pris dans les cultures des boîtes et le pus suspect de la malade sont ensemencés parallèlement dans les milieux usuels. Les cultures donnent du bacille pyocyanique ayant dans les tubes correspondants des caractères identiques, confirmés encore par l'examen microscopique.

Quelques jours après, une autre malade de la salle, très éloignée de la première, présente également du pus bleu; ce pus ensemencé donne du bacille pyocyanique identique aux deux premiers échantillons.

Il est donc possible, au moins dans un milieu infecté, d'isoler de l'air atmosphérique le Bacille pyocyanique et le Staphylocoque doré ayant conservé sa virulence.

Après avoir recherché la virulence des germes microbiens à l'état de cultures en milieux artificiels, nous nous sommes efforcés de réaliser d'une façon plus exacte, les conditions dans lesquelles peut se produire l'infection par ces germes durant l'acte opératoire; pour cela, nous avons songé à inoculer dans la cavité péritonéale des animaux, les poussières atmosphériques ayant été en suspension dans l'air d'une salle d'opérations.

Nous avons procédé de la façon suivante :

Une petite salle d'opérations du pavillon Pasteur servant aux opérations septiques ayant été soigneusement nettoyée et lavée. débarrassée par conséquent de toute poussière est fermée pendant deux jours. Durant ce temps, la poussière venant du vestibule attenant à cette salle, pénètre par les joints des portes et après avoir flotté quelque temps dans l'air, se dépose sur des tablettes de verre préalablement nettoyées et disposées à cet effet.

Au bout de 48 heures, les poussières sont recueillies avec un pinceau stérilisé dans des tubes stérilisés, la quantité totale est pesée. Au moment

même de l'inoculation, qui a lieu 2 heures après, cette poussière est émulsionnée dans une quantité de bouillon telle que 1 centimètre cube de l'émulsion corresponde à 4 milligrammes de poussière.

Un cobaye n° 1 reçoit dans la cavité périton. 1 milligr. de pousssière;

—	n° 2	—	—	2	—
—	n° 3	—	—	4	—
—	n° 4	—	—	8	—

Résultats :

Les 3 premiers cobayes restent bien portants. Le cobaye n° 4 meurt le 8e jour; l'autopsie démontre la présence d'une péritonite enkystée avec adhérences multiples au niveau du foie qui est gros, friable, réduit par places en bouillie rougeâtre.

Cette expérience semble donc démontrer que les poussières atmosphériques seraient capables, à une certaine dose, de déterminer au contact du péritoine des accidents mortels chez les animaux.

Conclusions de la deuxième série d'expériences.

D'une manière générale, les espèces que nous avons recueillies dans chacun des locaux hospitaliers sont analogues à celles qu'on rencontre partout dans l'air atmosphérique.

Remarquons cependant que la flore microbienne paraît beaucoup plus variée dans les milieux septiques, bien que la cause de cette variété ne tienne pas à des espèces considérées comme pathogènes.

La rareté des germes pathogènes dans l'air, déjà signalée par Miquel et Müller, est confirmée par nos expériences. Il faut par suite, en tenant compte des milliers de germes pathogènes, qui nécessairement et à certains moments sont répandus dans l'air, admettre une influence destructive ou modificatrice intense de l'air par ces germes.

Cependant si les germes pathogènes sont rares, cela ne veut pas dire qu'ils manquent toujours.

Sur 9 lapins, dans l'oreille desquels un premier choix d'espèces suspectes avait été inoculé, deux seulement ont réagi. Chez l'un l'inoculation avait été pratiquée avec une culture de cocci présentant tous les caractères du staphylocoque doré; chez l'autre, avec un mélange de plusieurs cultures dont cette dernière, il survint chez ces deux animaux un abcès dont le pus renfermait des staphylocoques dorés les plus typiques.

Une autre expérience non moins probante nous a été fournie par les hasards de la clinique. Il nous est entré aux suppurantes

une femme ayant une arthrite fongueuse du coude droit, en pleine suppuration, et le pus offrait la coloration bleue la plus caractéristique.

Chez une malade à sept ou huit lits de distance et déjà très infectée, nous vîmes apparaître secondairement tous les caractères du pus bleu dans le liquide des phlyctènes d'un érysipèle. La contamination n'avait pu se faire par l'intermédiaire des mains : en effet, l'externe qui panse cette dernière malade ne fait jamais le pansement que les mains recouvertes de gants bouillis. Dans ces deux cas, le pus renfermait du pyocyanique. Donc il était naturel d'incriminer le transport du pyocyanique par l'air. Or, antérieurement à l'observation de ce cas de contamination, nous avions placé des boîtes de Pétri dans la salle Richet et obtenu des cultures pures de pyocyanique identiques aux bacilles des deux malades.

Nous avons en dernier lieu complété ces données expérimentales, en recueillant dans une salle lavée et aseptisée, quatre ou cinq jours après le nettoyage, (personne n'étant entré dans l'intervalle dans cette chambre fermée à clef), la poussière déposée sur les tablettes de verre. Cette poussière diluée dans un liquide indifférent a été inoculée directement dans la cavité péritonéale des cobayes. Sur ces quatre, l'un (celui qui en avait reçu le plus) est mort de péritonite suppurée.

La conclusion pratique qui se dégage de tous ces faits, c'est que s'il est possible d'exécuter avec succès dans un milieu septique, un plus ou moins grand nombre d'opérations, on ne peut répondre que dans certaines circonstances difficiles à déterminer d'avance, il n'y aura pas du fait de la viciation de l'air une cause d'erreur et d'accident. Il ne convient donc pas d'avoir pour la pureté de l'air des salles d'opérations, le dédain que paraissent affecter certains chirurgiens ; c'est là une vérité qu'on pourrait admettre et qu'on a admise *a priori*, mais dont il n'était peut-être pas inutile de donner une démonstration rigoureusement scientifique ; quant aux autres conclusions pratiques, elles confirment celles de Flugge.

L'apport des germes a lieu principalement par les assistants et leur dissémination s'opère par les mouvements de ces mêmes assistants ; il y a donc intérêt à établir une certaine réglementation pour l'assistance aux opérations graves.

1° Il est désirable que le nombre des élèves qui assistent à une laparotomie soit limité, et il est très facile d'imiter les Allemands qui, comme Mickulicz, divisent les élèves par séries ;

2° Les élèves ne doivent entrer dans la salle d'opération qu'au dernier moment, alors que la malade à opérer est installée et que

les plateaux sont munis de leurs instruments et recouverts de compresses aseptiques ;

3° Toute causerie, toute circulation, tout mouvement de l'air, etc., doit être autant que possible évité ;

4° En dehors d'un cas spécial de contamination du chirurgien par un coryza (1) ou une périostite dentaire, etc., l'usage du masque est inutile, à la condition de réduire autant que possible les commandements du chirurgien à ses aides.

Ayant ainsi réduit au minimum l'apport des germes venus du dehors, ne peut-on faire plus pour obtenir une salle d'opération aussi privée de germes que possible?

Cette question nous conduit à une troisième série d'expériences : celles qui concernent la désinfection d'un local pouvant servir à l'acte opératoire.

Il est intéressant, en effet, d'abord de pouvoir désinfecter une salle d'opérations ordinairement aseptique, mais qui a pu, au cours d'une intervention, par suite d'un imprévu ou d'une nécessité quelconque, être contaminée. Ensuite, un chirurgien peut se trouver dans la nécessité d'exécuter une opération grave dans un local quelconque, soit qu'il n'en dispose pas d'autre, soit que le transport du malade soit impraticable. Peut-on improviser à l'aide de pulvérisations un milieu *immédiatement respirable* et *suffisamment aseptique*?

III. — Recherche d'un procédé de désinfection de l'air.

Avant d'avoir recours aux pulvérisations (2) de solutions antiseptiques, telles que l'acide phénique, le sublimé, etc., nous avons voulu rechercher quel serait l'effet de simples pulvérisations d'eau bouillie, pouvant *a priori* supposer que ces pulvérisations agissent uniquement d'une façon mécanique en condensant et en entraînant les germes en suspension dans l'air. Dans ce but, nous avons entrepris les deux séries d'expériences qui suivent.

Pulvérisations d'eau distillée ordinaire.

A. — *Salle des laparotomies* (Cette salle possède une capacité de plus de 100 mètres cubes).

Expérience du 13 décembre 1900.

(1) Et encore il vaudrait infiniment mieux que le chirurgien contaminé s'abstînt.

(2) Toutes les pulvérisations ont été faites avec le très gros pulvérisateur à vapeur de Mariaud (de 20 litres environ) chauffé au gaz et monté sur roulettes de façon à pouvoir être apporté au milieu des salles d'opération.

Un litre et demi d'eau distillée ordinaire est pulvérisé au moyen du pulvérisateur à vapeur dans la matinée.

La pulvérisation est arrêtée au bout de 1 h. 1/4; l'atmosphère de la salle paraît saturée d'humidité.

a) Immédiatement, exposition de 4 boîtes de Pétri (gélose) pendant 15 minutes; *aucun assistant pendant l'expérience;* l'expérimentateur n'est présent que pour ouvrir et fermer les boîtes, ce qui est fait avec les précautions déjà mentionnées plus haut.

Résultats :

Boîte n° 1	26	cultures.
— n° 2	31	—
— n° 3	20	—
— n° 4	27	—

Moyenne par boîte : 26 cultures.

b) 6 personnes entrent dans la salle pour préparer l'opération; les portes sont fermées aussitôt.

Exposition de 4 nouvelles boîtes; durant 10 minutes *pendant ce temps, les 6 personnes, vêtues de blouses stérilisées, circulent autour des 4 boîtes.*

Résultats :

Boîte n° 1	100	cultures.
— n° 2	105	—
— n° 3	72	—
— n° 8	170	—

Moyenne par boîte : 112,5 cultures.

c) Même expérience au cours de l'opération, mais avec 19 personnes présentes; *ces personnes ne circulent pas* sauf les deux personnes préposées au service.

Résultats :

Boîte n° 1	152	cultures.
— n° 2	78	—
— n° 3	91	—
— n° 4	79	—

Moyenne par boîte : 100 cultures.

B. — *Chambres annexes de Richet.*

Ces expériences sont faites dans une des petites chambres annexes de Richet, d'un faible cubage d'air, de façon à pouvoir obtenir à volonté *le maximum d'infection,* par le balayage à sec dans ces chambres déjà infectées par les malades auxquelles elles sont destinées, *et le maximum de désinfection* par des pulvérisations énergiques pratiquées dans un petit espace.

Exp. I (témoin déjà citée plus haut). — *Aucune pulvérisation.*

Dans l'une des chambres annexes de Richet, venant de loger une malade très infectée et n'ayant reçu à dessein aucun nettoyage, on fait un balayage à sec énergique.

Cette petite chambre cube environ 37 mètres; la fermeture peut être considérée comme à peu près hermétique.

a) Immédiatement après le balayage, 2 boites de gélose sont exposées dans la chambre pendant 6 minutes.

Résultats :

Boites n°s 1 et 2. . . . . . de 500 à 800 cultures.
Moyenne par boîte : 500 à 800 cultures.

b) 10 minutes après cessation du balayage, 2 nouvelles boîtes sont exposées pendant 6 minutes.

Résultats :

Boîte	n° 1	200 cultures.
—	n° 2	180 —

Moyenne par boîte : 190 cultures.

c) 20 minutes après cessation du balayage, toujours en l'absence de tout spectateur, 3 nouvelles boîtes sont exposées pendant 15 minutes.

Résultats :

Boîte	n° 1	200 cultures environ.
—	n° 2	220 —
—	n° 3	210 —

Moyenne par boîte : 210 cultures.

d) 45 minutes après cessation du balayage, exposition de 3 nouvelles boîtes dans les mêmes conditions, pendant 15 minutes.

Résultats :

Boîte	n° 1.	65 cultures.
—	n° 2.	75 —
—	n° 3.	61 —

Moyenne par boîte : 67 cultures.

(Chiffre analogue à la moyenne obtenue dans les autres salles de malades.)

EXPÉRIENCE. — *Pulvérisations d'eau distillée.*

Dans la même salle, venant également de loger une malade très infectée et n'ayant reçu aucun nettoyage, on dispose le pulvérisateur à vapeur d'eau ayant servi pour les expériences précédentes et on le tient tout prêt au fonctionnement.

a) Puis on fait un balayage énergique de la salle, à sec comme précédemment. Aussitôt après, exposition de 2 boîtes de gélose pendant 6 minutes.

Résultats :

Boîtes n°s 1 et 2. . . . . . de 500 à 800 cultures.
Moyenne par boîte : 500 à 800 cultures.

Aussitôt, la pulvérisation d'eau distillée commence.

b) 20 minutes après le début des pulvérisations, la porte étant fermée et en l'absence de tout spectateur, exposition de 4 boîtes de gélose pendant 15 minutes.

(Il y a eu en 20 minutes 500 grammes d'eau pulvérisée; aucun brouillard dans la salle, mais les vitrages et les murailles sont humides.)

Résultats :

Boîte nº 1.	150	germes.
— nº 2.	125	—
— nº 3.	110	—
— nº 4.	95	—

Moyenne par boîte : 120 cultures.

c) 45 minutes après le début des pulvérisations, exposition de 4 nouvelles boîtes pendant 15 minutes. Au moment de l'ouverture des boîtes, le pulvérisateur est arrêté. Il manque 1 litre 1/4 d'eau distillée. L'atmosphère de la pièce est chargée d'un brouillard assez visible; les murailles, les vitrages, le sol sont fortement mouillés.

Résultats :

Boîte nº 1.	39	cultures.
— nº 2.	33	—
— nº 3.	35	—
— nº 4.	25	—

Moyenne par boîte : 33 cultures.

(Chiffre analogue à la moyenne obtenue par le même procédé dans la salle des laparotomies.)

Un litre et demi d'eau distillée ayant été pulvérisé pendant une heure et quart dans la salle des laparotomies, nous obtenons donc dans nos boîtes une moyenne de 26 germes par boîte, c'est-à-dire un chiffre sensiblement égal à celui que nous avions obtenu dans les mêmes conditions en dehors de toute pulvérisation.

D'autre part, dans l'annexe de la salle Richet, les boîtes donnant 500 à 800 cultures après 6 minutes d'exposition, on obtient, après 20 minutes de pulvérisation d'eau distillée une moyenne de 120 germes au lieu 210, et (expérience témoin sans pulvérisations) après 45 minutes, une moyenne de 33 germes un lieu de 67, après un quart d'heure d'exposition des boîtes de gélose.

Ainsi, les effets produits par les pulvérisations d'eau distillée, assez importants dans l'expérience de la chambre annexe de Richet (réduction du nombre des germes à 1/2) peuvent être considérés comme insignifiants dans la salle des laparotomies; cela n'a rien qui puisse nous surprendre, puisque cette dernière, en dehors de toute pulvérisation, est toujours saturée d'humidité à

cause des lavages fréquents du sol et des murailles. Dans tous les cas, cette réduction du nombre des germes est fort limitée.

L'action des pulvérisations d'eau distillée étant connue, nous avons choisi d'abord, parmi les substances antiseptiques à pulvériser, les solutions normales de phénol et de sublimé, à cause de l'emploi très fréquent que l'on en fait sous cette forme pour la désinfection des locaux.

Laveran et Vaillard (1) ont étudié, en 1893, ces deux substances sous forme de pulvérisations. Les auteurs se servent de briquettes de plâtre creusées de cupules recouvertes d'une plaque de verre; on verse dans ces cupules des cultures microbiennes variées qu'on laisse sécher 24 heures, et sur lesquelles on pulvérise pendant un temps variable le liquide à étudier. Puis on lave, on prélève le produit de grattage du fond de la cupule et on ensemence dans du bouillon. Dans ces conditions, le phénol à 5 p. 100 détruit en une minute le staphylocoque, le bacille dipthérique et la plupart des autres microbes, sauf les spores de la bactéridie charbonneuse. Il est supérieur au lysol (5 p. 100), au crésyl (5 p. 100) et au sublimé (1 p. 1000), qui possède une action inférieure aux trois autres substances.

En 1894, Miquel (2) après avoir étudié une très grande quantité de substances antiseptiques, trouve que le phénol possède une valeur antiseptique bien inférieure au sublimé à 1 p. 1000. Chavigny (3) démontre au contraire, comme Laveran et Vaillard, que les pulvérisations de sublimé, telles qu'elles peuvent être faites dans la pratique, sont tout à fait incapables de détruire les germes microbiens et même de diminuer leur virulence, pourvu qu'on ait soin, comme Geppert (4), de neutraliser aprés l'expérience avec du sulfhydrate d'ammoniaque le sublimé qui enveloppe les bactéries et empêche ainsi seulement leur développement.

En l'état actuel de la question, l'efficacité des pulvérisations de phénol et de sublimé est donc fort sujette à caution, quoiqu'il en soit fait presque exclusivement un usage journalier. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de contrôler expérimentalement la valeur de ces deux substances au point de vue spécial où nous nous plaçons ici.

(1) Laveran et Vaillard. Au sujet de la désinfection par pulvérisations des liquides antiseptiques. *Comptes rendus Soc. Biol*, 1893.

(2) Miquel. De la désinfection des poussières sèches des appartements. *Ann. de Microgr.* juin, juillet, août 1894.

(3) Chavigny. Sur la valeur des pulvérisations de sublimé. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, Paris, 1896.

(4) *Berlin. klin. Woch*, 1889 et 1890.

Pulvérisations de phénol à 50 p. 1000.

A. — *Salle des laparotomies.*

Exp. I (novembre 1900).

Pulvérisation, immédiatement avant l'expérience, d'une solution de phénol à 50 p. 1000; la veille au soir, il a été fait une pulvérisation semblable.

Un litre trois quarts de la solution est pulvérisé en une heure un quart. Odeur forte d'acide phénique; le séjour dans la salle n'incommode point et n'amène pas la toux. Les murailles et le sol sont entièrement mouillés par la condensation des vapeurs.

a) 4 boites de gélose sont exposées pendant 10 minutes, en dehors de la présence de tout assistant. Mêmes précautions que précédemment.

Résultats :

Boite nº 1	8 cultures.
— nº 2	10 —
— nº 3	8 —
— nº 4	2 —

Moyenne par boite : 7 cultures.

b) Les portes sont largement ouvertes, les assistants pénètrent, il y a quatorze personnes dans la salle pendant l'opération, qui a lieu une demi-heure après la cessation des pulvérisations.

Quatre nouvelles boites sont exposées pendant 10 minutes.

Résultats :

Boite nº 1	28 cultures.
— nº 2	15 —
— nº 3	13 —
— nº 4	8 —

Moyenne par boite : 16 cultures.

(On doit noter que les pulvérisations ont été faites très soigneusement, et que personne n'a circulé dans le voisinage des boites pendant l'expérience.)

Exp. II (décembre 1900).

Pulvérisation, immédiatement avant l'expérience de 1 lit. 1/12 d'eau phéniquée à 50 p. 1000.

La pulvérisation dure une heure environ. Odeur assez prononcée d'acide phénique, non gênante pour les opérateurs. Les murailles et le sol sont entièrement mouillés.

a) 3 boites sont exposées pendant 15 minutes en l'absence de tout assistant. Précautions d'usage.

Résultats :

Boite nº 1	8 cultures.
— nº 2	15 —
— nº 3	7 —

Moyenne par boite : 10 cultures.

b) 6 personnes pénètrent dans la salle avant l'opération; les portes sont fermées. Exposition de 3 nouvelles boîtes pendant 10 minutes; *les assistants passent sans cesse contre les boîtes et posent des objets dans le voisinage.*

Résultats :

Boîte	n° 1 environ	110	cultures.
—	n° 2 —	130	—
—	n° 3 —	120	—

Moyenne par boîte : 120 cultures.

c) 20 personnes sont présentes pendant l'opération, *mais ne circulent pas.* Expulsion de 3 nouvelles boîtes pendant 10 minutes.

Résultats :

Boîte	n° 1	68	cultures.
—	n° 2	65	—
—	n° 3	59	—

Moyenne par boîte : 64 cultures.

Exp. III (février 1901).

Pulvérisation, immédiatement avant l'expérience, de 3 *litres* d'eau phéniquée à 50 p. 1000, ce qui dure 2 heures environ. Odeur forte, mais supportable, condensation abondante d'humidité sur le sol et sur les murailles.

a) *Avant de cesser les pulvérisations*, exposition de 4 boîtes de Pétri pendant 15 minutes, *en l'absence de tout assistant.*

Résultats :

Boîte	n° 1	4	cultures.
—	n° 2	7	—
—	n° 3	9	—
—	n° 4	14	—

Moyenne par boîte : 8,5 cultures.

b) Les pulvérisations sont arrêtées, l'opération commencée avec 14 personnes dans la salle; 4 nouvelles boîtes sont exposées pendant 10 minutes.

Résultats :

Boîte	n° 1	75	cultures.
—	n° 2	70	—
—	n° 3	75	—
—	n° 4	60	—

Moyenne pour une boîte : 70 cultures.

B. — *Chambres annexes de Richet.*

Dans la chambre annexe de Richet choisie pour l'expérience des pulvérisations d'eau distillée et dans des conditions semblables, on dispose le pulvérisateur; puis on fait un balayage à sec énergique.

a) Exposition, tout après le balayage, de 2 boîtes pendant 6 minutes. Résultats :

Boîtes nos 1 et 2. . . . . de 500 à 800 germes.
Moyenne par boîte : 500 à 800 germes.

Aussitôt, la pulvérisation de phénol à 50 p. 100 est commencée.

b) 20 minutes après le début des pulvérisations, exposition de 4 boîtes de gélose pendant 10 minutes.

Léger brouillard dans la salle, vitrages et murailles humides, odeur supportable.

Résultats :

Boîte n° 1	. . . .	34 cultures.
— n° 2	. . . .	47 —
— n° 3	. . . .	35 —
— n° 4	. . . .	42 —

Moyenne par boîte : 39,5 cultures.

c) 40 minutes après le début des pulvérisations, exposition de 4 nouvelles boîtes, pendant 10 minutes.

Brouillard léger dans la salle, forte odeur de phénol, vitrages et murs mouillés. 1 litre 20 de la solution a été pulvérisé.

Résultats :

Boîte n° 1	. . . .	25 cultures.
— n° 2	. . . .	15 —
— n° 3	. . . .	27 —
— n° 4	. . . .	23 —

Moyenne par boîte : 22,5 cultures.

d) 55 minutes après le début des pulvérisations, exposition de 4 nouvelles boîtes, pendant 12 minutes. En même temps, les pulvérisations sont arrêtées. Il manque 1 litre et demi de la solution; brouillard assez léger dans la salle; très forte odeur de phénol; vitrages, sol et murailles fortement mouillés.

Résultats :

Boîte n° 1	. . . .	32 cultures.
— n° 2	. . . .	31 —
— n° 3	. . . .	18 —
— n° 4	. . . .	29 —

Moyenne par boîte : 27,5 cultures.

Chiffre analogue à la moyenne *c*). Le maximum d'effet peut donc être considéré comme obtenu.

Ainsi, dans la salle des laparotomies, les pulvérisations de phénol à 5 p. 100 réduisent le nombre des germes par boîte de 27 à 8,5, soit une suppression des 2/3 environ; mais cette action s'atténue très rapidement, car pendant l'opération, le chiffre

moyen des germes est de 50 au lieu de 85, ce qui n'équivaut plus qu'à une réduction des 2/5.

Dans l'annexe de la salle Richet, les pulvérisations de phénol ont tout d'abord un effet assez rapide, car après 10 minutes de pulvérisations, un très grand nombre de germes sont déjà supprimés; on trouve, en effet, par boîte 39 au lieu d'un chiffre supérieur à 190 pour la même durée d'exposition. Ce qui n'empêche pas l'action du phénol de rester finalement des plus limitées, puisqu'à la fin de l'expérience, on trouve le chiffre de 27,5 pour 12 minutes d'exposition, au lieu de 67 (pour 15 minutes); ce résultat est à peine supérieur à celui qu'on obtient avec l'eau distillée qui donne pour 15 minutes d'exposition des boîtes le chiffre moyen de 33.

Pulvérisation de la solution de sublimé à 1. p. 100.

A. — *Salle des laparotomies.*

Exp. I. (Décembre 1900).

On pulvérise, immédiatement avant l'expérience, un litre et demi de la solution de sublimé au millième. Cette opération dure une heure un quart environ. Il n'y a pas de buée visible dans la salle, mais les murailles et le sol sont mouillés: le séjour dans la salle est pénible et amène rapidement la toux.

a) 4 boîtes sont exposées durant 15 minutes, *en l'absence de tout assistant.*

Résultats :

Boîte n° 1.	11 cultures.
— n° 2.	5 —
— n° 3.	15 —
— n° 4.	11 —

Moyenne par boîte : 10,5 cultures.

b) 4 nouvelles boîtes sont ouvertes 10 minutes pendant l'opération, avec 20 personnes dans la salle.

Résultats :

Boîte n° 1.	50 cultures.
— n° 2.	75 —
— n° 3.	82 —
— n° 4.	83 —

Moyenne par boîte : 72,5 cultures.

Exp. II. (Décembre 1900).

Pulvérisation de 1 litre et demi de la solution de sublimé. Une demi-heure après, on commence l'expérience. Le séjour dans la salle provoque légèrement la toux.

a) Exposition, pendant 15 minutes, de 4 boîtes *en l'absence de tout assistant.*

Résultats :

Boîte n° 1	1	culture.
— n° 2	6	—
— n° 3	9	—
— n° 4	12	—

Moyenne par boîte : 7 cultures.

b) Exposition, pendant 10 minutes, de 4 nouvelles boîtes, au moment de l'opération, avec 14 assistants.

Résultats :

Boîte n° 1	100	cultures environ.
— n° 2	105	—
— n° 3	95	—
— n° 4	100	—

Moyenne par boîte : 100 cultures.

Exp. III (janvier 1901).

Pulvérisations de 1 litre 1/4 de la solution de sublimé. La salle est remplie de vapeur d'eau. Le séjour y est facile; la toux déterminée est légère ou nulle.

a) Tout après la cessation des pulvérisations, 4 boîtes sont exposées pendant 15 minutes, *en l'absence de tout spectateur.*

Résultats :

Boîte n° 1	6	cultures.
— n° 2	5	—
— n° 3	5	—
— n° 4	4	—

Moyenne par boîte : 5 cultures.

b) Pendant l'opération, en présence de 15 personnes, 4 nouvelles boîtes sont exposées durant 10 minutes.

Résultats :

Boite n° 1	73	cultures.
— n° 2	82	—
— n° 3	65	—
— n° 4	60	—

Moyenne par boîte : 70 cultures.

B. — *Chambres annexes de Richet.*

Dans la même chambre et dans les mêmes conditions que pour les pulvérisations d'eau distillée et de phénol, on dispose le pulvérisateur qui est tenu prêt à fonctionner; puis on fait un balayage à sec énergique.

a) Exposition, tout après le balayage, de 2 boîtes pendant 6 minutes
Résultats :

Boîtes n° 1 et 2 . . . . . . de 500 à 800 germes.
Moyenne par boîte : 500 à 800 cultures.

Aussitôt, début des pulvérisations.

b) 20 minutes après le début des pulvérisations, exposition de 4 boîtes pendant 15 minutes.

Brouillard presque nul, odeur légèrement irritante; murailles et vitrages humides.

Résultats :

Boîte n° 1	50	cultures.
— n° 2	52	—
— n° 3	57	—
— n° 4	43	—

Moyenne par boîte : 50,5 cultures.

c) 40 minutes après le début des pulvérisations, exposition de 4 nouvelles boîtes pendant 15 minutes.

Brouillard presque nul, odeur fortement irritante; vitrages et murs mouillés.

Résultats :

Boîte n° 1	5	cultures.
— n° 2	8	—
— n° 3	3	—
— n° 4	8	—

Moyenne par boîte : 6 cultures.

d) Enfin, 55 minutes après le début des pulvérisations, arrêt de l'appareil. Brouillard insignifiant; odeur extrêmement irritante, provoquant la toux; vitrages et murs très mouillés.

Exposition de 4 boîtes pendant 15 minutes.

Résultats :

Boîte n° 1	2	cultures.
— n° 2	7	—
— n° 3	5	—
— n° 4	4	—

Moyenne par boîte : 4,5 cultures.

Les pulvérisations de sublimé semblent donc posséder une action germicide plus marquée que les pulvérisations de phénol.

Dans la salle des laparotomies, on trouve immédiatement après les pulvérisations le nombre de 7,5 germes par boîte (pour 15 minutes d'exposition) au lieu de 27, soit une diminution de plus des 3/4; il convient d'ajouter que cette influence s'efface plus rapidement qu'avec le phénol, puisqu'au cours de l'opération, le nombre

des germes (81) est revenu à peu près aussi considérable que si l'on n'avait plus fait de pulvérisations (85).

Dans la seconde série d'expériences, le sublimé présente une action encore plus nette, puisque le nombre des germes tombe à 4,5 à la fin de l'expérience au lieu de 67 sans pulvérisations et de 33 après pulvérisations d'eau distillée. On a donc une réduction de 12/13 dans ces conditions; mais il convient de rappeler que suivant Geppert et d'autres expérimentateurs, les germes en contact avec la solution de sublimé seraient immobilisés et non détruits; cela nous oblige à ne considérer l'action apparente de cet agent antiseptique qu'avec les plus grandes réserves.

Nous avons remarqué de plus que les pulvérisations de sublimé, comme d'ailleurs les pulvérisations de phénol, mouillent très fortement le sol et les murailles; en outre, si les pulvérisations de phénol sont simplement désagréables à respirer pour les assistants, les pulvérisations de sublimé deviennent assez facilement irritantes et bientôt même insupportables.

C'est pourquoi, frappés par l'insuffisance de ces résultats, et après avoir passé en revue les principaux agents antiseptiques dont beaucoup des plus actifs, comme le formol et les produits chlorés, doivent être éliminés à cause de leur action excitante pour les muqueuses, même après une ventilation de vingt-quatre heures, nous avons été amenés à essayer l' eau oxygénée.

Valeur antiseptique de l'eau oxygénée. — L'eau oxygénée à l'état liquide a fait l'objet de nombreux travaux; mais il ne semble pas toutefois qu'on l'ait encore employée en pulvérisations. Pane (1) remarque que son pouvoir antiseptique augmente rapidement avec la température; les spores charbonneuses sont tuées en 50 minutes à 52°, et en plusieurs heures à 16°.

Chamberland et Fernbach (2) qui font une étude très complète et très documentée de l'eau oxygénée au point de vue de son pouvoir antiseptique, choisissent pour leur expériences des spores de Bacillus subtilis comme étant les germes les plus résistants que l'on connaisse. Ils mélangent une quantité donnée de culture à une quantité fixe d'eau oxygénée de diverses provenances, et ensemencent une goutte du mélange dans une grande quantité de bouillon. Ils démontrent ainsi que les spores du Bac. *subtilis* sont tuées en 30 à 45 minutes par l'eau oxygénée acide ou neutre; les

(1) Pane. Sull'azione antisettica dell' acqua oxygenata e sull' influenza della temperatura nella desinfezzione. (*Ann. del Inst. d'Igiena dell' Univers. de Roma*, Vol. II, série II, 1890).

(2) Chamberland et Fernbach. La désinfection des locaux, *Ann. Inst. Pasteur*, 1893.

spores charbonneuses et les organismes sans spores, en 15 à 5 minutes. Par contre, les *vapeurs* d'eau oxygénée, même bouillante, ne tuent que les germes sans spores.

L'eau oxygénée, malgré ses remarquables propriétés antiseptiques et son innocuité, ne paraît donc pas avoir été employée sous forme de pulvérisations. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant d'en expérimenter l'usage.

Pulvérisations d'eau oxygénée à 10 volumes.

A. — *Salle des laparotomies.*

Exp. I (décembre 1900).

Pulvérisation de 1 litre 3/4 d'eau oxygénée; durée de cette opération : 1 h. 1/4. Buée assez visible dans l'atmosphère de la salle; odeur aigrelette, ne provoquant point la toux. Les murailles et le sol sont humides, mais beaucoup moins qu'après les pulvérisations d'autres liquides.

a) 4 boîtes sont exposées pendant 15 minutes, *en l'absence de tout assistant.*

Résultats :

Boîte n° 1.	0 culture.
— n° 2.	1 —
— n° 3.	1 —
— n° 4.	0 —

Moyenne par boîte : 0,5 cultures.

b) 5 personnes pénètrent dans la salle et circulent dans la pièce. Exposition de 3 nouvelles boîtes (10 minutes).

Résultats :

Boîte n° 1.	31 cultures.
— n° 2.	15 —
— n° 3.	43 —

Moyenne par boîte : 29,6 cultures.

c) On commence l'opération chirurgicale en présence de 22 personnes qui restent immobiles. Exposition de 3 nouvelles boîtes (10 minutes).

Résultats :

Boîte n° 1.	18 cultures.
— n° 2.	15 —
— n° 3.	22 —

Moyenne par boîte : 18,5 cultures.

Exp. II (janvier 1901).

Pulvérisation de 1 litre 3/4 d'eau oxygénée. Vapeurs très sensibles dans la salle. Murs et sol mouillés légèrement.

a) 10 minutes après la cessation des pulvérisations, exposition pendant 10 minutes de 4 boîtes *en l'absence de tout assistant.*

Résultats :

Boîte n° 1	1	culture.
— n° 2	1	—
— n° 3	0	—
— n° 4	0	—

Moyenne par boîte : 0,5 cultures.

b) L'opération chirurgicale commence avec 14 personnes dans la salle. Les portes sont demeurées ouvertes pendant 10 minutes environ. Exposition de 4 nouvelles boîtes pendant 10 minutes.

Résultats :

Boîte n° 1	54	cultures.
— n° 2	41	—
— n° 3	33	—
— n° 4	52	—

Moyenne par boîte : 45 cultures.

Exp. III (janvier 1901).

Pulvérisation de 1 litre 1/4 d'eau oxygénée. Buée légère dans l'atmosphère de la salle. Odeur à peine perceptible. Les murs sont simplement humides.

a) Ouverture de 5 boîtes de Pétri pendant 15 minutes, en l'absence de tout assistant.

Résultats :

Boîte n° 1	1	culture.
— n° 2	2	—
— n° 3	1	—
— n° 4	0	—
— n° 5	3	—

Moyenne par boîte : 1,4 cultures.

b) 20 spectateurs dans la salle; l'opération est commencée. Ouverture de 4 nouvelles boîtes pendant 10 minutes.

Résultats :

Boîte n° 1	85	cultures.
— n° 2	106	—
— n° 3	116	—
— n° 4	113	—

Moyenne par boîte : 105 cultures.

Exp. IV (janvier 1901).

Pulvérisation de 1 litre 1/4 d'eau oxygénée. Buée légère, odeur faible. *Cette fois, les pulvérisations continuent pendant l'expérience.*

Exposition de 3 boîtes pendant 15 minutes en l'absence de tout assistant.

Résultats :

Boîte n° 1	1 culture.
— n° 2	3 —
— n° 3	0 —

Moyenne par boîte : 1,3 culture.

Exp. V (février 1901).

Pulvérisation de 1 litre 1/2 d'eau oxygénée. Les murs sont humides. Odeur aigrelette peu prononcée.

a) *Les pulvérisations continuent pendant l'expérience.* Exposition de 4 boîtes pendant 10 minutes *en l'absence de tout assistant.*

Résultats :

Boîte n° 1	0 culture.
— n° 2	0 —
— n° 3	3 —
— n° 4	1 —

Moyenne par boîte : 1 culture.

b) Cessation des pulvérisations : exposition de 4 nouvelles boîtes pendant l'opération, avec 17 personnes dans la salle.

Résultats :

Boîte n° 1	40 cultures.
— n° 2	49 —
— n° 3	57 —
— n° 4	70 —

Moyenne par boîte : 54 cultures.

Exp. VI (février 1901).

Pulvérisation de 1 litre 1/2 d'eau oxygénée.

a) *Les pulvérisations sont continuées pendant l'expérience.* Exposition de 4 boîtes pendant 10 minutes en l'absence de tout assistant.

Résultats :

Boîte n° 1	0 culture.
— n° 2	1 —
— n° 3	1 —
— n° 4	1 —

Moyenne par boîte : 0,75 culture.

b) Cessation des pulvérisations; exposition de 4 nouvelles boîtes pendant l'opération, avec 12 personnes *immobiles* dans la salle.

Résultats :

Boîte n° 1	4	boîtes éloignées des assistants.
— n° 2	3	— — —
— n° 3	30	
— n° 4	19	

Moyenne par boite : 14 cultures.

Exp. VII (février 1901).

Pulvérisation de 1 lit. 1/2 d'eau oxygénée. Cessation des pulvérisations avant l'expérience.

a) Exposition de 4 boîtes pendant 10 minutes en l'absence de tout assistant.

Résultats :

Boîte n° 1	0 culture.
— n° 2	0 —
— n° 3	2 —
— n° 4	0 —

Moyenne par boîte : 0.5.

b) Même expérience pendant l'opération, avec 10 personnes dans la salle.

Résultats :

Boîte n° 1	23 cultures.
— n° 2	34 —
— n° 3	22 —
— n° 4	27 —

Moyenne par boîte : 26,5 cultures,

Exp. VIII (mars 1901).

Pulvérisation de 1 lit. 1/2 d'eau oxygénée. Cessation des pulvérisations avant l'expérience.

a) Exposition de 4 boîtes pendant 15 minutes en l'absence de tout assistant.

Résultats :

Boîte n° 1	2 cultures.
— n° 2	1 —
— n° 3	1 —
— n° 4	0 —

Moyenne par boîte : 1 culture.

b) Même expérience pendant 10 minutes avec 11 personnes dans la salle et pendant l'opération.

Résultats :

Boîte n° 1	26 cultures.
— n° 2	14 —
— n° 3	46 —
— n° 4	34 —

Moyenne par boîte : 30 cultures.

IX[e] Exp. (novembre 1900).

Pulvérisation de 1 lit. 1/4 d'eau oxygénée.

a) Exposition de 4 boîtes pendant 15 minutes avant l'opération et toutes portes fermées, mais en présence de 2 personnes qui se promènent dans la salle.

Résultats !

Boîte n° 1	12	cultures.
— n° 2	5	—
— n° 3	7	—
— n° 4	10	—

Moyenne par boîte : 8,5 cultures.

b) Exposition de 5 nouvelles boîtes pendant 15 minutes pendant l'opération, et en présence de 14 personnes.

Résultats :

Boîte n° 1	40	cultures.
— n° 2	37	—
— n° 3	35	—
— n° 4	52	—
— n° 5	36	—

Moyenne par boite : 40 cultures.

Exp. X (novembre 1900).

Pulvérisation de 1 lit. 1/4 d'eau oxygénée dans la salle d'opération.

a) Exposition, pendant la durée de l'opération, de 5 boîtes de gélose. Il y a 13 personnes dans la salle. Durée d'ouverture : 15 minutes.

Résultats :

Boîte n° 1	27	cultures.
— n° 2	20	—
— n° 3	14	—
— n° 4	24	—
— n° 5	15	—

Moyenne par boîte : 20 cultures.

b) *Une fois l'opération terminée*, la salle ayant été évacuée, exposition de 4 nouvelles boîtes pendant 15 minutes, en l'absence de tout assistant.

Résultats :

Boîte n° 1	9	cultures.
— n° 2	11	—
— n° 3	5	—
— n° 4	15	—

Moyenne par boîte : 10 cultures.

Exp. XI (janvier 1901).

Pulvérisation de 1 litre d'eau oxygénée. Buée très légère, odeur presque nulle.

a) Exposition, dans le cours de l'opération, de 4 boîtes pendant 10 minutes, en présence de 11 assistants.

Résultats :

Boîte nº 1	73	cultures.
— nº 2	78	—
— nº 3	31	—
— nº 4	70	—

Moyenne par boîte : 63 cultures.

b) *Après l'opération*, les portes ayant été fermées et la salle évacuée, exposition de 3 boîtes pendant 15 minutes, en l'absence de tout assistant.

Résultats :

Boîte nº 1	60	cultures.
— nº 2	46	—
— nº 3	59	—

Moyenne par boîte : 55 cultures.

Exp. XII (janvier 1901).

Pulvérisation de 1 lit. 1/2 d'eau oxygénée.

a) Exposition, pendant l'opération, de 4 boîtes de gélose, en présence de 16 personnes ; les assistants gardent l'immobilité. Durée d'ouverture : 10 minutes.

Résultats :

Boîte nº 1	15	cultures.
— nº 2	16	—
— nº 3	13	—
— nº 4	12	—

Moyenne par boîte : 14 cultures.

b) *Après l'opération*, la salle ayant été évacuée, exposition de 4 nouvelles boîtes pendant 10 minutes, *en l'absence de tout assistant.*

Résultats :

Boîte nº 1	29	cultures.
— nº 2	20	—
nº 3	28	—
— nº 4	23	—

Moyenne par boîte : 25 cultures.

Il faut remarquer qu'avant l'exposition des boîtes b), l'air a été largement renouvelé pendant la sortie du malade et des spectateurs. Cette expérience comparative met bien en relief l'action désinfectante manifeste des pulvérisations.

Exp. XIII (février 1901).

Pulvérisation de 1 litre 1/4 d'eau oxygénée.

a) Avant l'opération, entrée dans la salle de 5 personnes qui circulent sans cesse ; exposition, pendant ce temps, de 4 boîtes durant 15 minutes.

Résultats :

Boîte n° 1	12	cultures.
— n° 2	42	—
— n° 3	63	—
— n° 4	67	—

Moyenne par boîte : 46 cultures.

b) Pendant l'opération, exposition de 4 nouvelles boîtes avec 14 personnes dans la salle.

Durée d'ouverture : 10 minutes.

Résultats :

Boîte n° 1	43	cultures.
— n° 2	24	—
— n° 3	32	—
— n° 4	73	—

Moyenne par boîte : 43 cultures.

Exp. XIV (février 1901).

Pulvérisation de 3 *litres* d'eau oxygénée.

Buée assez épaisse dans la salle, odeur aigrelette prononcée, mais nullement incommodante.

Pendant l'opération, exposition de 4 boîtes pendant 10 minutes; il y a 15 personnes dans la salle:

Résultats :

Boîte n° 1	35	cultures.
— n° 2	34	—
— n° 3	9	—
— n° 4	8	—

Boîtes éloignées des assistants.

Moyenne par boîte : 21,5 cultures.

B. — *Chambre annexe de Richet.*

Exp. I (février 1901).

Dans la même salle et dans les mêmes conditions que pour les expériences correspondantes faites avec le phénol et le sublimé, on fait un balayage à sec énergique et prolongé dans la chambre annexe de Richet.

a) Immédiatement après, exposition de 5 boites de gélose pendant 6 minutes.

Résultats :

Boites nos 1, 2, 3, 4, 5. . . . de 500 à 800 cultures.

Moyenne par boîte : 500 à 800 cultures.

Aussitôt, début des pulvérisations d'eau oxygénée à 10 volumes.

b) Après 20 minutes de pulvérisations, exposition de 5 nouvelles boites pendant 15 minutes; 1/2 litre du liquide antiseptique a été pul-

vérisé; la salle est remplie d'un épais brouillard; l'odeur est un peu piquante, mais très supportable.

Résultats :

Boîte nº 1	0	culture.
— nº 2	0	—
— nº 3	0	—
— nº 4	0	—
— nº 5	0	—

Moyenne par boite : 0 culture.

c) Après 40 minutes de pulvérisations, on retire de la pièce l'appareil à pulvériser, ce qui demande 30 secondes environ. Une petite quantité d'air de la salle Richet pénètre par la porte. Malgré cela, la salle est absolument dans le brouillard; les murailles et les vitres sont peu mouillées. L'odeur est piquante, mais très supportable.

On attend 5 minutes et on expose 4 nouvelles boîtes pendant 15 minutes.

Au bout de ce temps, le brouillard a presque disparu; l'odeur est à peine perceptible.

Résultats :

Boîte nº 1	3	cultures.
— nº 2	1	—
— nº 3	0	—
— nº 4	0	—

Moyenne par boîte : 1 culture.

Pour voir si la condensation de l'eau oxygénée dans les boîtes de gélose n'entravait pas simplement le développement des cultures bactériennes, nous avons exposé une boite dans la salle d'expériences, vers la fin des pulvérisations, pendant 15 minutes, et nous l'avons ensuite ouverte quelques minutes dans la salle Richet.

Cette boîte s'est recouverte de 48 cultures bien développées.

Exp. II (décembre 1901).

Dans la même salle et dans les mêmes conditions, on fait un balayage énergique du sol pendant quelques minutes.

a) Immédiatement après cessation du balayage, exposition de 2 boîtes de gélose pendant 6 minutes.

Résultats :

Boites nos 1 et 2. . . . . . de 500 à 800 cultures.

Moyenne par boîte : 500 à 800 cultures.

Aussitôt après, début des pulvérisations d'eau oxygénée.

b) 15 minutes après le début des pulvérisations, exposition de 2 boîtes pendant 10 minutes. Il manque 1/3 de litre d'eau oxygénée.

Résultats :

Boîte n° 1	0 culture.
— n° 2	0 —

Moyenne par boîte : 0 culture.

c) 30 minutes après le début des pulvérisations, exposition de 4 nouvelles boîtes pendant 10 minutes. Il manque 3/4 de litre d'eau oxygénée.

Désultats :

Boîte n° 1	0 culture.
— n° 2	0 —
— n° 3	0 —
— n° 4	0 —

Moyenne par boîte ; 0 culture.

d) 1 heure après le début des pulvérisations, exposition de 5 nouvelles boîtes. L'appareil est arrêté avant l'ouverture des boîtes, mais laissé dans la salle. Durée d'exposition : 20 minutes.

Résultats.

Boîte n° 1	0 culture.
— n° 2	0 —
— n° 3	0 —
— n° 4	0 —

Moyenne par boîte : 0 culture.

La cinquième boîte, servant de témoin, est ouverte quelques minutes dans la salle Richet avant d'être mise à l'étuve. Elle se recouvre seulement de 7 petites cultures assez mal développées ; la légère quantité d'eau oxygénée condensée dans la boîte semble avoir gêné le développement de ces cultures.

Les autres boîtes, après avoir été laissées 3 jours à l'étuve, en ayant été retirées sans aucune culture, sont ouvertes quelques minutes au laboratoire, puis reportées à l'étuve; elles se recouvrent rapidement d'une grande quantité de cultures fort bien développées.

Exp. III. (Janvier 1902).

Cette expérience est faite dans des conditions un peu différentes des deux premières.

Les pulvérisations sont pratiquées dans une petite salle s'ouvrant sur le vestibule, et cubant 50 mètres environ. Cette salle est fermée par une porte joignant assez mal. Les boîtes n'ont été exposées qu'une fois les pulvérisations terminées depuis un temps variable.

a) La salle a été habitée par une malade infectée; un balayage à sec est pratiqué : aussitôt après, exposition de 2 boîtes de gélose pendant 6 minutes.

Résultats :

Boîte n° 1.	400 cultures environ.
— n° 2	400 —

Moyenne par boîte : 400 cultures.

Aussitôt après, début des pulvérisations qui se font très lentement. Après 55 minutes, 1/2 litre d'eau oxygénée seulement a été pulvérisé. Arrêt de l'appareil.

b) 3 minutes après *la fin* des pulvérisations, exposition des 4 boîtes pendant 15 minutes. L'atmosphère est à peine trouble, l'odeur très légère.

Résultats :

Boîte n° 1 . . . . . 1 petite culture.
— n° 2 . . . . . 5 cultures (microcoque rosé).
— n° 2 . . . . . 1 culture (microcoque jaune).
Moyenne par boîte : 2,3 cultures.

La boîte 4 est ouverte quelques minutes à Richet; elle se couvre de nombreuses cultures fort bien développées. La condensation de l'eau oxygénée dans les boîtes de gélose peut donc être considérée comme nulle.

c) 25 minutes après *la fin* des pulvérisations, exposition de 6 nouvelles boîtes pendant 10 minutes. Il n'y a plus aucune odeur dans la salle.

Résultats :

Boîte n° 1 . . . . 2 petites cultures.
— n° 2 . . . . 6 petites cultures groupées sur les bords.
— n° 3 . . . . 1 — —
— n° 4 . . . . 1 — —
Moyenne par boite : 2,5.

Les boites 5 et 6 sont ouvertes quelques minutes dans la salle Richet; elles se couvrent de cultures bien développées.

La disposition de toutes ces cultures observées dans les boîtes, se trouvant généralement sur les bords, par groupements et appartenant à la même espèce, nous font supposer qu'elles provenaient de germes introduits accidentellement par l'opérateur.

Nous avons donc entrepris, relativement aux pulvérisations d'eau oxygénée, 40 expériences se repartissant comme il suit :

Dans la salle des laparotomies. 27
Dont 8 avant l'entrée des assistants;
— 3 avant l'opération (quelques assistants);
— 13 pendant l'opération (nombreux assistants);
— 3 après l'opération (0 assistant);
Et dans deux des salles annexes de Richet 13

Dans la salle des laparotomies, ces expériences nous montrent qu'immédiatement après pulvérisation d'une petite quantité d'eau oxygénée (1 lit. 1/2) pour une vaste salle d'opération (120 m. c.) et en l'absence d'assistants, avant que l'air de la salle ait été modifié par l'ouverture des portes, on rencontre moins de 1 germe (0,87) par boîte de Pétri au lieu de 27 (sans pulvéri-

sation) soit une réduction de 35 germes sur 36. Nous constatons en outre que, contrairement aux deux autres agents antiseptiques employés, elle conserve très longtemps dans l'air ses propriétés germicides, puisque dans le cours ou à la fin de l'opération, les germes de l'air sont au nombre de 36 au lieu de 85, c'est-à-dire qu'ils présentent encore une diminution des 3/5 environ. Enfin, même après l'opération et après l'évacuation de la salle, l'action de l'eau oxygénée se fait encore sentir, car on se trouve au point de vue du nombre des germes à peu près dans les mêmes conditions (30 germes) que si la salle n'ayant pas reçu de pulvérisations n'avait encore donné accès à aucun assistant (27 germes).

Dans les salles annexes de Richet, ou l'infection de l'air a pu être portée à son maximum par la nature du milieu et le balayage à sec avant l'expérience, et où il était plus facile anssi de suturer de vapeurs l'atmosphère de la salle, les résultats ont été plus concluants. En effet, en un temps très court (15 minutes), à une dose très faible (1/3 de litre pour 37 mètres cubes d'air, soit environ 10 grammes d'eau oxygénée par mètre cube d'air) les pulvérisations d'eau oxygénée font passer le nombre des germes du taux normal (*au moins* 210) à 0; de plus, son action paraît durable, puisque 25 minutes après une faible pulvérisation, avec des portes mal closes (2[e] salle annexe de Richet) et l'entrée nécessaire de l'opérateur, le nombre des cultures développées n'est encore que 2,5.

En outre, l'eau oxygénée en pulvérisations mouille peu le sol et les murailles et ne possède aucune odeur désagréable ou irritante peuvant incommoder les opérateurs. Il devient donc possible d'improviser une salle d'opération, à milieu suffisamment pur lorsque les circonstances de difficultés de transport, d'urgence, etc., l'exigent.

Nous avons réuni les résultats obtenus avec les trois agents antiseptiques essayés dans le tableau suivant : V. pp. 1230, 1231.

On serait peut-être en droit d'objecter que les bactéries de l'air qui cultivent sur nos boîtes de gélose sont d'une destruction facile et que cette action germicide de l'eau oxygénée ne donne qu'une sécurité trompeuse. Nous pourrions rappeler les expériences déjà nombreuses établissant la valeur antiseptique de l'eau oxygénée entre autres celles de Pane, de Chamberland et Fernbach déjà mentionnées plus haut, mais elles ont trait à l'eau oxygénée employée à l'état liquide, et non en pulvérisations; et il ne semble pas impossible, *a priori* que l'eau oxygénée, corps facilement décomposable par la chaleur, puisse perdre de cette façon une grande partie de ses qualités germicides.

Aussi avons-nous cherché à éclaircir ce dernier point en nous

adressant aux spores du *Bacillus subtilis*, réputées les plus résistantes aux agents antiseptiques, et en répétant avec les pulvérisations d'eau oxygénée l'expérience imaginée par Laveran et Vaillard (1) pour déterminer le pouvoir germicide du phénol, du lysol, du crésyl et du sublimé.

EXPÉRIENCE. — On fait mouler des blocs de plâtre rectangulaires de 10 centimètres de côté sur 5 centimètres d'épaisseur. Ces blocs présentent sur le milieu d'une de leurs grandes faces une cupule peu profonde en forme de verre de montre; autour de la cupule, on a marqué l'empreinte d'une plaque de verre carrée qui en assure la fermeture hermétique.

Sur le milieu d'un des bords circonscrivant la face opposée a été fixé un crochet destiné à permettre la suspension verticale du bloc de plâtre.

Ces blocs sont séchés, enveloppés dans du papier filtre et stérilisés au four à flamber.

D'autre part, on prépare des cultures en bouillon de *Bacillus subtilis* obtenu en ensemençant des tubes de bouillon avec une infusion de foin portée pendant une heure à l'ébullition. Ces cultures sont abandonnées à l'étuve pendant quinze jours de façon à obtenir un grand nombre de spores.

On choisit alors 8 blocs de plâtre, et dans chaque cupule, on verse une culture de *Bacillus subtilis*. Le liquide s'imbibe dans le plâtre ; les germes pénètrent à une plus ou moins grande profondeur et conservent leur vitalité. Le lendemain, pour s'assurer de ce fait, on prélève dans chaque cupule un peu de plâtre qui est ensemencé; les tubes de bouillon ne tardent pas à se couvrir d'un voile caractéristique.

Aussitôt après ce prélèvement, les cupules sont recouvertes à nouveau de leur couvercle de verre et les blocs enveloppés ; puis on soumet successivement chaque cupule aux pulvérisations d'eau oxygénée, après avoir suspendu verticalement le bloc de plâtre contre un mur et enlevé le couvercle. Les pulvérisations sont dirigées contre la cupule des blocs de plâtre de la façon suivante :

Origine du jet : à 1 mètre du bloc de plâtre.			
Bloc n° 1.	Pendant	5 minutes.	Le plâtre n'est pas humide après l'expérience.
— n° 2.	—	10 —	
à 50 centimètres.			
Bloc n° 3.	Pendant	3 minutes.	
— n° 4.	—	5 —	
— n° 5.	—	10 —	Surface légèrement humide.
à 15 centimètres.			
Bloc n° 6.	Pendant	3 minutes.	Surface fortement humide.
— n° 7.	—	5 —	Surface fortement mouillée.
— n° 8.	—	10 —	

(1) Laveran et Vaillard (*Loc. cit.*)

Nombres moyens des Cultures obtenues par boîte de gélose de 65 c. q.

CONDITIONS D'EXPÉRIENCE — Salle des laparotomies	AUCUNE PULVÉRISATION — Salle des laparotomies	EAU DISTILLÉE — Salle des laparotomies	PHÉNOL 50 p. 1000 — Salle des laparotomies	SUBLIMÉ 1 p. 1000 — Salle des laparotomies	EAU OXYGÉNÉE A 10 VOL. — Salle des laparotomies	
Avant l'opération. — Aucun assistant.	**27**	**26**	10 (1 l. 1/2) 7 (1 l. 3/4) 8,5 (3 litr.) } 8,5	10,5 (1 litre 1/2) 7 (1 litre 1/2) 5 (1 litre 3/4)	1,4 (1 litre 1/4) 1,3 (1 — 1/4) 1 (1 — 1/2) 0,75 (1 — 1/2) 0,5 (1 — 1/2) 1 (1 — 1/2) 0,5 (1 — 3/4) 0,5 (1 — 3/4)	**0,87**
Avant l'opération. — De 2 à 6 assistants.	**72**	**112** (6 personnes).	**120** (6 personnes).	»	(2 a) = 8,5 (5 a) = 29,6 (5 a) = 46	**28**
Pendant l'opération. — De 8 à 25 assistants.	**85**	**100** (19 assistants).	(14 a) = 16 (14 a) = 70 (20 a) = 64 } **50**	(14 a) = 100 (15 a) = 70 (20 a) = 72,5 } **81**	(10 a) = 26,5 (11 a) = 30 (11 a) = 63 (12 a) = 14 (13 a) = 20 (14 a) = 43 (14 a) = 40 (14 a) = 45 (15 a) = 21,5 (16 a) = 14 (17 a) = 54 (20 a) = 105 (22 a) = 18,5	**36,4**
Après l'opération. — Chambre annexe de Richet	» Chambre annexe de Richet	» Chambre annexe de Richet	» Chambre annexe de Richet	Chambre annexe de Richet	10 55 Chambre annexe de Richet.	**30**
Immédiatement après balayage à sec.	500 à 800 (6 min.).	500 à 800 (6 min.).	500 à 800 (6 min.).	500 à 800 (6 min.).	500 à 800 (6 min.).	
Pulvérisation commencée depuis 15 à 20 minutes.	10 minutes après balayage 19 (6 min.). 20 minutes après balayage 210 (15 min.).	120 (15 min.).	39,5 (10 min.).	50,5 (15 min.).	0 (15 min.).	
Pulvérisation commencée depuis 30 minutes.	»	»	»	»	0 (10 min.).	
Pulvérisation commencée depuis 40 à 45 minutes.	45 minutes après balayage 67 (15 min.).	33 (15 min.).	22,5 (10 min.).	6 (15 min.).	0 (15 min.).	
Pulvérisation arrêtée après 50 à 55 minutes.	»	»	27,5 (12 min.).	4,5 (15 min.).	1° = 1 (?) 2° = 0 (15 min.).	
					Chambre de malade de 50 mètres cubes.	
					Immédiatement après balayage à sec.	400 (6 min.).
					3 minutes après cessation de pulvérisation de 1/2 litre.	2,3 (?) (15 min.).
					25 minutes après cessation de pulvérisation de 1/2 litre.	2,5 (?) (10 min.).

Après chaque pulvérisation, la cupule est bouchée de nouveau et le bloc enveloppé dans du papier-filtre. Quarante-huit heures après, les blocs peuvent être considérés comme absolument secs. On gratte avec une curette flambée le fond de chaque cupule à 2 ou 3 millimètres de profondeur et en trois points différents, puis on ensemence le produit de chaque grattage dans un tube de bouillon.

Les résultats obtenus sont les suivants :

Bloc n° 1.	+	+	+
— n° 2.	+	+	+
— n° 3.	+	+	+
— n° 4.	+	+	+
— n° 5.	+	+	+
— n° 6.	+	+	+
— n° 7.	0	0	0
— n° 8.	0	0	0

Afin de s'assurer que le développement des spores n'a pas été entravé dans les 6 tubes restés stériles par la présence de substance antiseptique introduite avec le plâtre, ces tubes, après avoir été laissés huit jours à l'étuve, sont ensemencés de nouveau avec du *Bacillus subtilis* : le voile apparaît au bout de trente-six heures.

Ainsi, l'eau oxygénée en pulvérisations chaudes tue les spores du *Bacillus subtilis* pourvu toutefois que le plâtre soit mouillé, c'est-à-dire que le contact puisse s'établir entre les spores et l'antiseptique pulvérisé ; on comprend aisément que, sans cette condition, les spores situées dans la profondeur du plâtre ne peuvent être influencées.

Cette manière d'opérer ne nous permet point d'évaluer le temps nécessaire à la destruction des germes, puisque les spores restent en contact avec l'eau oxygénée jusqu'à ce que le plâtre soit sec, ce qui semble être réalisé en une heure ou deux environ.

Conclusions générales.

Les expériences précédentes, que nous avons poursuivies pendant plus de deux années, en variant autant que possible les procédés d'expérimentation, nous conduisent donc à considérer l'eau oxygénée comme l'antiseptique de choix pour la désinfection de l'air des salles d'opération et des divers locaux d'un hôpital.

Les pulvérisations de phénol, à un titre supportable pour les opérateurs, nous ont paru peu actives ; elles sont peu ou point supérieures aux pulvérisations d'eau distillée, quoique leur action se fasse sentir plus rapidement.

Les pulvérisations de sublimé semblent avoir plus d'efficacité ;

mais elles provoquent rapidement la toux ; en outre, elles restent passibles des reproches faits aux solutions de sublimé d'immobiliser temporairement les germes sans les détruire. Enfin, la condensation se produit rapidement, et l'air n'étant plus saturé, les bactéries reparaissent bientôt en grand nombre.

L'eau oxygénée ne possède aucun de ces défauts. Aux doses les plus fortes, elle reste sans inconvénients pour les opérateurs; elle est active en très petite quantité, puisque avec moins de 10 grammes par mètre cube, on assure la stérilisation d'un air saturé de germes microbiens. Au lieu de se précipiter rapidement, comme le phénol et le sublimé, l'eau oxygénée forme des vapeurs qui restent en suspension dans l'air, et mouillent peu les murailles et le sol; aussi son action germicide dure-t-elle tant que l'air de la pièce n'a pas été renouvelé.

Enfin, il semblerait que, même à titre de désinfectant des surfaces solides, l'eau oxygénée employée en pulvérisations chaudes présente également une remarquable efficacité, puisqu'elle détruit rapidement les spores du *Bacillus subtilis* avec lesquelles elle entre en contact, tandis que dans les mêmes circonstances, le sublimé si universellement employé ne détruit, d'après Laveran et Vaillant, ni les spores de la bactéridie charbonneuse, ni souvent les autres microbes. Ne voulant point sortir du cadre que nous nous sommes tracé, nous n'avons pas persisté dans ce genre de recherches ; aussi nous bornerons-nous à constater la remarquable action germicide qu'exercent les pulvérisations d'eau oxygénée sur les bactéries aériennes, et à en préconiser l'emploi, dans les salles d'opération, de préférence aux agents antiseptiques employés jusqu'à ce jour.

Il est inutile de dire que nous préconisons ces pulvérisations plus ou moins longtemps avant l'acte opératoire, et que nous rejetons l'usage du spray pendant l'opération.

Présentations de malades.

M. Mauclaire présente deux malades :

1° Morsure de cheval — injections préventives de sérum antitétanique. Désarticulation de l'épaule — tétanos au quinzième jour, guéri après le traitement par le chloral et des saignées. (M. Bazy rapporteur.)

2° Pylorectomie suivie de gastro-entérostomie postérieure pour néoplasme pylorique. Bon état persistant depuis quinze mois. (M. Hartmann rapporteur.)

M. WLAEFF présente un malade atteint de *cancer de la langue* et traité depuis deux ans par le sérum anti-cellulaire.

Élection.

MM. MICHAUX, MONOD, ROCHARD et SEGOND sont nommés membres de la Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au titre de membre correspondant national.

MM. KIRMISSON, ROUTIER et DELBET sont nommés membres de la Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au titre de membre correspondant étranger.

MM. RICHELOT, FELIZET et SCHWARTZ sont nommés membres de la Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au titre d'associé étranger.

MM. DELENS, RECLUS et LEGUEU sont nommés membres de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats au *prix Marjolin-Duval.*

MM. BERGER, SEBILEAU et JALAGUIER sont nommés membres de Commission chargée d'examiner les titres des candidats au *prix Laborie.*

MM. QUÉNU, TUFFIER et ALBARRAN sont nommés membres de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats au *prix Ricord.*

Le Secrétaire annuel,

P. BAZY.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1902

Présidence de M. G. Bouilly.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Hartmann qui, retenu à la chambre par la grippe, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. Delorme qui, appelé à remplir les fonctions de Directeur du service de Santé du 18e corps d'armée, demande un congé de trois mois.

3°. — Une lettre de M. Letour (de Vannes), qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

4°. — Un travail de M. Letour (de Vannes), intitulé : *Anévrisme cirsoïde du cuir chevelu.*

Le travail de M. Letour est renvoyé à une Commission dont M. Tuffier est nommé rapporteur.

5°. — Une lettre de M. Chapplain, qui donne sa démission de membre correspondant dans les termes suivants :

A Monsieur le Président et à Messieurs les membres de la Société de Chirurgie.

Messieurs,

L'accomplissement du devoir comporte une pensée de dévouement ou de sacrifice. C'est ce dernier sentiment que j'éprouve en vous adressant cette lettre.

J'appartiens à la Société de Chirurgie, au titre de membre correspondant, depuis les premières années de sa fondation et n'aurais jamais songé à vous écrire comme je le fais aujourd'hui, si vos statuts comportaient pour vos vieux invalides un titre de refuge ou si le nombre de vos membres correspondants n'était pas limité. Mais en l'état de votre règlement, le vieillard inutile à la science détient à tort une place qui appartient à un nouveau confrère, frappant à votre porte, qui encouragé par vos suffrages participera avec le zèle du néophyte à vos si remarquables travaux.

J'étais fier de mon titre de membre correspondant de la Société de Chirurgie, mais je considère comme un devoir et un acte filial pour la science qui a occupé toute ma vie active de vous adresser ma démission.

Je n'en suivrai pas moins, comme par le passé, vos remarquables travaux, dont la lecture, dans ma retraite, est pour moi un élément, j'oserai dire de plaisir, quand je compare ma vieille chirurgie de mes débuts de 1840 à celle qui aujourd'hui fait le sujet de vos si remarquables séances.

Je regrette, Messieurs, en vous quittant, de ne pouvoir, vu la distance, vous serrer à tous affectueusement la main.

J. Chapplain.

Marseille, le 14 décembre 1902.

A propos du procès-verbal.

Sur l'appendicite.

M. Lucas-Championnière. — Ayant pris la parole fort tard dans cette discussion de la Société de chirurgie, j'ai eu l'avantage d'entendre ou de lire toutes les communications de nos collègues. Contrairement à l'opinion exprimée par quelques-uns, je suis extrêmement frappé des divergences profondes qui subsistent entre nous.

On a dit qu'en présence des mêmes faits, nous faisions tous la même chose, et que les différences n'étaient qu'apparentes, qu'il n'y a entre nous que des malentendus de mots et d'interprétation.

Cela n'est pas l'expression de la vérité. Je ne vois pas qu'il y ait aucun avantage à dissimuler cette vérité, sans quoi on ne tirera jamais de la discussion aucun bénéfice. Il y a tout intérêt, au contraire, à mettre en relief ces avis très sincères, si opposés qu'ils puissent être

Or, ces divergences, je les trouve partout, aussi bien pour la pratique que pour la théorie. L'accord sur la pratique ne pourra

vraiment être obtenu que lorsque l'accord sur les observations et la théorie aura été fait.

Ce sont les plus nombreux de nos collègues, ceux qui admettent que l'appendicite est habituellement susceptible d'une atténuation spontanée qui permet d'attendre l'époque du refroidissement favorable pour l'opération. Pour quelques-uns, elle peut mener à une guérison spontanée en quelque sorte et non opératoire. Bien qu'on en ait dit, de là s'est faite la division des chirurgiens qui opèrent à froid et de ceux qui opèrent à chaud, ce qui ne veut pas dire que les premiers n'opèrent jamais qu'à froid, mais qu'ils pensent que l'on peut habituellement attendre cette circonstance, qui leur paraît éminemment favorable et point dangereuse.

Les autres chirurgiens répondent : Nous non plus nous ne sommes pas exclusifs et nous faisons volontiers des opérations à froid, mais seulement quand elles se présentent ainsi, quand nous n'avons pas assisté à l'évolution inflammatoire. Si l'appendicite se présente à chaud, nous opérons immédiatement.

Nous estimons que l'appendicite, une fois formée, ne guérit pas, que l'opération à chaud n'a pas plus d'inconvénients que l'opération à froid, et surtout que l'attente du refroidissement est dangereuse par-dessus tout, parce que, jusqu'à aujourd'hui, nous ne connaissons aucun signe qui puisse nous permettre de penser qu'une appendicite se refroidira sans incident grave.

Lors des premières discussions qui ont eu lieu ici sur l'appendicite, j'ai fait des réserves importantes sur l'empressement que l'on montra tout d'abord à opérer. On me reproche aujourd'hui d'être plus enclin à opérer que la plupart de nos collègues.

D'abord, je ne vois aucun inconvénient à changer d'opinion, quand les observations d'autrui nous ont amené à des conclusions sensiblement différentes, et quand notre propre expérience nous permet de nous prononcer dans le même sens.

Or, mon expérience m'a amené à des opinions sensiblement plus accentuées que celles que j'avais émises, et, cependant, les motifs qui m'ont guidé dans ces deux circonstances partent toujours du même principe.

Je n'avais, du reste, dit ni écrit nulle part qu'il ne fallait pas opérer les appendicites, et qu'on les guérit sans opération. On m'attribuait bien gratuitement cette opinion.

Mais, au début, j'ai été frappé de la facilité des opérations faites avec un diagnostic insuffisant. Les erreurs de diagnostic, même faites par des gens très autorisés, m'avaient paru si nombreuses qu'elles m'avaient amené à une grande réserve. La douleur de la fosse iliaque avec constipation, avec ou sans fièvre,

avec ou sans vomissements, avait fait prendre pour l'appendicite non seulement la fièvre typhoïde, mais la névralgie lombo-abdominale, la hernie engouée, la pneumonie, et même la simple constipation.

J'ai pu voir par deux fois ouvrir le ventre de sujets, chez lesquels M. Dieulafoy lui-même avait nié l'appendicite.

J'avais eu l'occasion d'examiner et de suivre, et je suis encore, des sujets qui avaient dû être opérés, et chez lesquels je n'ai jamais depuis retrouvé d'appendicite, quoiqu'ils n'aient jamais subi d'opération.

Cependant, dès cette époque, j'estimai que quand l'appendicite était vérifiée, il n'y avait pas de bonnes raisons pour ne pas opérer, et je disais qu'une fois installée elle ne guérit guère.

Aujourd'hui, la situation me paraît différente; le diagnostic est mieux fait par tout le monde, et j'arrive à une opinion tout à fait inverse, en apparence, de ma première opinion.

Je craignais autrefois, avant tout, une opération inutile.

Aujourd'hui, je pense qu'on peut infiniment mieux déterminer l'existence de l'appendicite. Mais, en outre, mon expérience m'a appris, comme nous l'a si bien montré M. Dieulafoy, que l'évolution des symptômes graves est si difficile à prévoir que je m'en voudrais beaucoup plus d'avoir manqué à opérer un sujet qui peut avoir beaucoup de chances de mourir de mon abstention, plutôt que je ne m'en voudrais d'avoir fait une opération qui n'est pas indispensable, mais qui ne met pas en jeu, d'une façon sérieuse, la vie du patient.

Pour me [guider, voici la ligne de conduite que j'ai adoptée. En présence d'une appendicite aiguë, j'opère le plus tôt que je puis.

Sans doute, je préférerais les deux premiers jours, mais les circonstances nous font bien souvent intervenir beaucoup plus tard. Mais je ne vois pas de bonne raison pour ne pas intervenir du quatrième au huitième jour, et j'estime que je ne dois m'abstenir que si, après une durée de douze ou quinze jours, la maladie est en quelque sorte en voie d'épuisement. Venue à ce moment, on peut remettre l'intervention de quelque peu, quoique, même à cette période, il n'y ait pas grand intérêt à la retarder.

J'ajoute que, dans les cas les plus mauvais, lorsque le malade paraît très voisin de la mort, je ne crois pas qu'il y ait lieu de s'abstenir. Si ces cas donnent une grosse mortalité, il y a des exemples de guérison qui ont les apparences de la résurrection, et je me sens très heureux d'être intervenu l'année dernière encore dans des cas que mes internes m'avaient présenté le matin comme à peu près inopérables.

Les statistiques. — Qu'apprennent les statistiques, c'est-à-dire l'expérience individuelle?

Les cas sont si disparates qu'il est souvent bien difficile de les classer. J'ai réuni sur mes registres les cas que j'ai opérés en pleine suppuration très étendue, avec plus ou moins de généralisation à l'abdomen, et, dans un autre groupe, j'ai mis toutes les opérations faites à froid ou à chaud, entre lesquelles je ne fais point de différence au point de vue du pronostic.

J'ai, d'un côté, 44 cas de suppurations considérables, dont quelques-unes méritent le nom de péritonites généralisées, au cours desquelles les intestins et l'épiploon baignaient au milieu du pus sans qu'il fût bien possible d'établir exactement la limite de l'inflammation.

De ces cas, j'ai 12 cas de mort.

Quelles sont les causes de la mort? L'infection, l'extraordinaire étendue des lésions: malades opérés tardivement; diagnostic impossible; refroidissement attendu, et, au résumé, des sujets morts de l'extension du mal et non de l'intervention.

Pour un, chez lequel je n'avais pas trouvé de lésions locales extraordinairement étendues, j'ai trouvé, à l'autopsie, abcès péri-hépatique, péri-splénique, pleurésie purulente et ulcérations de l'estomac.

Les 32 autres cas sont des cas de succès, dont plus de la moitié étaient des cas détestables opérés infiniment trop tard et qui étaient, de toute évidence, arrachés à une mort prochaine.

Devant les cas de cet ordre, aucune hésitation, je pense, sur l'indication opératoire, à moins que, systématiquement, on les laisse mourir sans secours pour cause de désespérance, comme certains chirurgiens l'ont admis.

Mon autre groupe statistique est composé de 85 cas, réunissant les appendicites opérées à froid et à chaud, sans comprendre celles qui présentent d'énormes nappes purulentes péritonéales. Celles-ci n'ont donné aucun cas de mort.

Je ne me fais pas l'illusion qu'il en sera toujours ainsi, car je suis de ceux qui estiment que c'est un leurre de compter qu'une statistique restera toujours vierge.

Mais, à coup sûr, la mortalité serait bien petite si on la comparait à celle qui aurait menacé bon nombre des sujets de cette opération faite en pleine crise aiguë, et qui ont dû sans conteste la vie à cette intervention immédiate.

Mettez si vous voulez que, dans l'avenir, ces chiffres se chargent d'une mortalité de 1 p. 100 par exemple; que serait-ce à côté des mortalités formidables des sujets abandonnés à eux-mêmes et passant dans la catégorie précédente?

La purgation et l'opium. — Les divergences entre les chirurgiens se rencontrent partout dans la pratique comme dans la théorie. Il y a un point sur lequel je suis absolument en dissentiment avec mes collègues en général et sur lequel je vais insister, car si je tiens à mes opinions, je tiens aussi à ce qu'on ne les transforme pas en les exagérant pour la facilité de la discussion comme on l'a fait souvent.

Il s'agit *de la purgation.* Pour beaucoup d'entre vous le purgatif est le bouc émissaire, la cause de tous les maux, la cause de l'échec du traitement médical comme du traitement chirurgical.

Je ne crois pas du tout à cette nocivité de la purgation. Je ne suis pas isolé dans cette croyance, au moins en ce qui concerne quelques pays étrangers, car un certain nombre de chirurgiens américains, Hutton, Gordon, Shaw, ont publié sur l'utilité des purgatifs dans le traitement de l'appendicite et sur la nocivité de l'opium des articles fort topiques. Ils ont même été plus loin que moi, car certains ont admis que la purgation chez un sujet atteint de perforation intestinale n'avait aucun inconvénient.

Comme j'ai affirmé l'innocuité de la purgation dans les cas dans lesquels on la redoute, on m'a fait dire bien des choses que je n'ai jamais dites, si bien que tout récemment un confrère m'adressait à l'hôpital un sujet atteint d'appendicite et traité par ma méthode, me disait-il. Il l'avait purgé quatorze fois en quinze jours.

Je n'en suis pas là. J'estime qu'on fait un épouvantail de la purgation qui passe pour favoriser la diffusion de la péritonite, alors que toute l'histoire des laparotomies nous apprend le contraire. Cela se disait il y a vingt-cinq ans, et on constipait les opérés à leur grand dommage. C'est une légende d'autrefois qui a vécu, et l'immense majorité des chirurgiens est d'accord sur ce point.

Il n'est même pas bien démontré qu'une perforation appendiculaire souffre beaucoup de la purgation.

Je ne vois donc aucune bonne contre-indication théorique à la purgation.

En revanche, j'en vois de très puissantes à l'administration de l'opium, et la pratique vient confirmer ce que la théorie me faisait prévoir.

L'opium bouche l'intestin. Il favorise toutes les intoxications intestinales, il assure l'oblitération secondaire de l'appendice. L'expérience, nous apprenant l'influence grave de la constipation dans l'évolution de l'appendicite, nous montre que l'opium est théoriquement le dernier médicament qu'il faudrait donner.

M. Kirmisson nous affirme que tous les cas graves d'appendicite qu'il a suivis étaient dus à la purgation. Je m'explique difficilement pourquoi j'ai observé le contraire. Mais je puis lui citer, bien

observés, les cas d'appendicite les plus violents que j'aie vus, les plus rapidement mortels dans ma pratique et même dans celles d'autres chirurgiens; ils ont été observés sur des sujets soumis avec une rigueur extrême à la grande vessie de glace et aux doses d'opium dès la première heure.

Aussi, lorsque je crois à une appendicite, je ne donne jamais l'opium à l'intérieur.

Même si je permets des injections de morphine pour calmer des douleurs trop vives, je ne les aime guère, parce que, comme l'opium, elles ont encore l'inconvénient de masquer les accidents et de vous donner une confiance trompeuse dans une atténuation apparente des accidents qui peut vous amener à ne pas intervenir à temps.

Mais, il y a plus : si l'opium me paraît un mauvais médicament dans les cas d'appendicite confirmée, il me paraît bien plus mauvais encore dans les cas douteux qui jettent le trouble dans cette pathologie de l'appendice.

Il y a des sujets chez lesquels l'encombrement intestinal, suite ordinaire d'entérite ou d'intoxications intestinales méconnues, simule singulièrement l'appendicite. Ce sont les cas difficiles de cette pathologie.

Il y a de l'arrêt des matières, de la douleur de la fosse iliaque droite plus ou moins localisée, il y a des vomissements et même de la fièvre.

On leur donne de l'opium et on les immobilise. Dès lors les accidents se perpétuent, il faut un temps infini pour que la nature ait raison du mal et de la médication.

On a opéré de ces malades en bon nombre. Deux fois de suite, comme je l'ai dit plus haut, j'ai vu opérer des sujets que M. Dieulafoy lui-même avait déclaré n'avoir pas d'appendicite.

Mais il y a plus, ces sujets avec une semblable médication sont certainement susceptibles de faire par oblitération une appendicite qu'ils n'avaient pas encore. Je crois que rien n'est mieux démontré aujourd'hui que ce mécanisme de l'appendicite par la rétention des matières fécales. Les observations abondent et elles devraient détourner de l'administration systématique de l'opium aux constipés.

Pourtant je ne purge pas les sujets atteints d'appendicite comme on le dit, par la bonne raison que je les opère quand j'ai fait mon diagnostic. Mais comme je ne crois pas du tout, ni à la nocuité de la purgation, ni a l'efficacité de l'opium, quand je soupçonne qu'il n'y a pas d'appendicite, mais des accidents d'obstruction, d'entérite qui la simulent, je fais donner immédiatement un lavement, puis une purgation à des sujets que d'autres traitent par l'opium,

et j'ai vu tant de fois des accidents menaçants se dénouer ainsi que je suis très ferme dans cette manière de faire. Je pourrais vous citer un nombre très raisonnable d'observations dans lesquelles des médecins des mieux autorisés avaient conseillé une opération urgente. Dans plusieurs cas, elle avait été préparée; elle fut évitée par la terminaison rapide et favorable des accidents.

Et ce qui prouve bien, selon moi, que les sujets n'avaient pas d'appendicite, c'est qu'ils n'ont jamais eu de retour d'accès.

Il y en a que j'ai suivis pendant plusieurs années et chez lesquels rien n'est revenu.

C'est là l'origine d'une légende qui a fait dire que je n'opère pas l'appendicite. Car si, au début, j'ai mis moins d'empressement à l'opération immédiate des sujets atteints d'appendicite vraie, je n'ai jamais dit à aucun moment que je ne pensais pas qu'il fallût opérer l'appendicite. J'ai toujours estimé que l'intervention *était une question de diagnostic.*

Je suis même convaincu que ces cas qui simulent l'appendicite sont assez fréquents pour former le chapitre de ce qu'on appelle les appendicites bénignes qui guérissent par les moyens médicaux. Des médecins les traitent par la purgation en les appelant appendicites et d'autres leur appliquent le traitement par l'opium. Les premières guérissent aisément. Un certain nombre des autres guérissent malgré l'opium et forment ce groupe des appendicites bénignes et guéries spontanément, médicalement, et définitivement.

Ce qui me paraît démontrer que mon hypothèse est justifiée, c'est qu'on vient nous dire qu'après cette crise guérie jamais d'autres crises ne se sont présentées.

Or, je crois que le propre de l'appendicite vraie est précisément de ne point guérir.

Il ne faut peut-être pas affirmer sans preuve que cette règle soit sans exception aucune. Mais l'exception est rare. Je puis dire que toutes les fois que j'ai observé une appendicite bien diagnostiquée, j'ai toujours vu les crises revenir, et je ne connais que l'intervention qui ait mis fin aux accidents.

Cause et fréquence. — Il y a un autre point sur lequel il y a beaucoup de divergences : l'origine de la maladie. Ceci est fort important en ce qui concerne la pratique. Beaucoup admettent que l'appendice ayant existé de tout temps, l'appendicite a existé aussi, mais a été méconnue. Aussi a-t-on une tendance générale à dire : si l'appendicite existait sans qu'on y portât un remède chirurgical, la guérison spontanée ou médicale était chose fréquente, et il n'y a aucune raison pour qu'on ne continue à guérir spontanément aujourd'hui comme autrefois.

Sur ce point je suis en désaccord avec plusieurs de nos collègues. Je veux bien qu'on ait méconnu l'appendicite, que des typhlites ou pérityphlites n'aient été que l'appendicite, de même que pour certaines péritonites d'emblée ou quelques cas d'étranglement interne. Mais il me paraît évident à moi, comme à beaucoup d'observateurs, que l'appendicite s'est tellement multipliée depuis quelques années qu'on peut la considérer comme une maladie nouvelle. Si dans ses formes les plus graves elle avait eu la fréquence que nous observons actuellement, il eût été impossible que des autopsies si communes échappassent complètement aux investigations des chercheurs du siècle dernier qui ont tant fait pour l'anatomie pathologique.

J'ai montré qu'une de ses terminaisons, l'abcès de la fosse iliaque droite, la seule manifestation que nous connaissions autrefois, est aujourd'hui dix fois plus fréquent qu'il y a vingt ans. Cependant l'appendice est enlevé si souvent que l'abcès de la fosse iliaque ne devrait plus être qu'une rareté.

Qu'on l'attribue au changement de régime alimentaire, à la grippe ou à un état constitutionnel spécial, l'appendicite a pris à une époque récente une fréquence et une gravité qu'on ne peut nier.

Elle se montre aujourd'hui avec des infections intestinales inconnues autrefois.

Or, ce fait qu'il s'agit d'une maladie nouvelle nous explique bien les hésitations actuelles, les divergences. Il est donc probable que ces dissidences ou incertitudes et ces différences d'opinion ne disparaîtront que par des études plus longues et plus complètes qu'elles n'ont été encore faites.

Malgré de nombreuses publications on peut dire que sur ce point la science n'est pas faite.

Technique. — Il semble que tout soit dit sur la technique de l'intervention.

Cependant je vois là encore des divergences qui me paraissent mériter attention.

Je vois par exemple que beaucoup de nos collègues sont très préoccupés de la diffusion possible dans le péritoine sain des lésions infectieuses qu'ils peuvent rencontrer. Ce leur est une bonne raison pour attendre le refroidissement du processus inflammatoire même quand il y a de la suppuration.

C'est encore pour eux une raison d'adopter l'incision de Roux qui leur permet de passer au-dessous du péritoine sans risquer d'infecter la partie supérieure.

Ce sont des préoccupations qui ne me touchent pas. Je ne comprends l'incision inférieure comme celle de Roux que dans les

cas dans lesquels une large suppuration est établie en foyer de façon à donner l'aspect d'un abcès de la fosse iliaque.

Mais dans tous les cas aigus dans lesquels la suppuration peut exister, sans qu'une énorme collection soit certaine, je préfère de beaucoup entrer franchement par la partie supérieure en plein péritoine.

J'ai été très heureux d'entendre M. Poirier dire que c'était là sa manière de faire. Celà permet une opération très large, cela permet aussi un très large drainage. Cela me permet aussi de pratiquer avec un grand soin, l'antisepsie de la région contaminée. Non seulement je n'ai pas abandonné les moyens d'antisepsie puissants, mais je vais toujours les assurant mieux et plus parfaitement.

Lorsque dans ces cas de suppuration septique intrapéritonéale la mort est survenue, elle n'était de toute évidence attribuable aux progrès du mal et souvent survenait malgré une accalmie que l'on n'observe pas quand on infecte le péritoine plus ou moins vivant.

En revanche, j'ai guéri des sujets non seulement de ceux que l'expectation aurait tués, mais de ceux qui paraissaient destinés à ne guère survivre à une opération quelconque.

J'ai même observé des guérisons chez des sujets qui paraissaient si près de la mort que j'estime qu'il ne faut abandonner personne et les mauvais cas de ma statistique tiennent certainement à un certain nombre d'opérations faites *in extremis* et sans souci de cette statistique. De mes guérisons je pourrais vous citer des cas avec vomissements noirs pour lesquels mes aides habituels paraissaient avoir perdu tout espoir.

En ce qui concerne l'exécution de l'opération, j'ai au début employé l'incision de Roux que j'ai abandonnée parce que j'ai trop vu d'éventrations non seulement dans mes cas, mais dans ceux qui appartenaient à des collègues. Je l'ai abandonnée aussi parce que je trouve qu'elle conduit trop directement sur une face du cæcum sans permettre de la ménager.

J'ai employé ensuite l'incision de Jalaguier que je trouve infiniment préférable. J'en ai trouvé le principe si satisfaisant que très vite je l'ai exagéré. Au lieu d'inciser au bord externe du muscle droit, j'incise en plein muscle droit de façon à avoir à rejeter en dedans au moins la moitié du muscle droit pour découvrir derrière la gaine du muscle une bonne région pour entrer facilement dans le ventre.

Je trouve l'accès du péritoine plus facile.

En outre, je puis agrandir facilement en haut et en bas, si je veux convertir mon opération en une large laparotomie, pour enlever un ovaire par exemple.

Enfin et surtout cette manière de faire me paraît mettre à peu près absolument à l'abri de l'éventration.

Depuis deux ans que je l'emploie très régulièrement, je n'ai observé aucune tendance à l'éventration sur les sujets ayant subi une opération sans drainage.

Mais, il y a mieux, j'ai fait des drainages après des désordres énormes chez des sujets dont une grande partie du péritoine était compromise et je n'ai observé aucune tendance à l'éventration comme je l'ai vue souvent chez les sujets drainés après l'incision de Roux.

Le grand droit qui vient très rapidement reprendre sa place sert de couvercle à la plaie péritonéale et il semble qu'il n'y a aucune tendance à l'éventration. L'avenir dira si ces faits sont constants.

Cependant, je ne prends aucune précaution pour l'éventration. Je ne fais porter aucune ceinture et je n'empêche le sujet de faire aucun mouvement, une fois la guérison obtenue.

Cette technique que j'ai adoptée fait que je n'ai plus comme autrefois le souci de l'éventration que vous retrouverez chez beaucoup d'excellents chirurgiens qui ont écrit sur la matière.

Je ne puis m'empêcher de manifester ma surprise d'avoir entendu au cours de cette discussion et d'avoir lu dans d'autres publications que la terminaison d'un abcès appendiculaire par issue dans l'intestin est une terminaison souhaitable.

Je pensais qu'il y a longtemps nous avions fait justice de cette appréciation. Si j'ai été ici il y a bien des années un défenseur de l'ouverture rapide des abcès de la fosse iliaque, c'était précisément que nous considérions ce résultat de l'expectation dans le traitement des suppurations intra-abdominales comme un résultat désastreux, non qu'il ne puisse mener à la guérison, mais parce qu'il est susceptible de mener à des complications des plus graves pour le présent et pour l'avenir. Ce que les laparotomies nous ont appris depuis de lamentables complications d'adhérences intestinales devrait avoir rendu à cet égard plus ferme encore la conviction des chirurgiens. Je tiens à dire que parmi les raisons qui me feront insister sur l'opération faite de bonne heure, la crainte de l'ouverture dans l'intestin jouera toujours un rôle sérieux.

L'ouverture intestinale est un pis aller qu'il ne faut jamais souhaiter et encore moins chercher.

Lors des grandes suppurations abdominales, il est bien entendu que si l'ablation de l'appendice ne présente pas de difficultés extrêmes, son ablation mettra le sujet dans les meilleures conditions.

Mais si cette ablation est impossible, il n'y a pas lieu d'exagérer la gravité du pronostic.

Après la formation des grands foyers d'abcès de la fosse iliaque dans la période de vingt-cinq ans que l'on pourrait appeler pré-appendiculaire, je n'ai jamais vu ni fistule, ni retour d'accidents chez la plupart de mes opérés. J'ai vu une seule fois chez une vieille dame un retour d'abcès de la fosse iliaque après douze années de calme sans incident quelconque. Même dans ce cas la fermeture du nouvel abcès qui se fit lentement eut lieu sans extirpation de l'appendice que l'obésité du sujet et son grand âge eussent rendu bien difficile.

J'ai extirpé un appendice secondairement après une vaste suppuration du flanc.

Je crois volontiers qu'il doit y avoir des différences de série. Mais il est injuste de dire que chez un sujet opéré pour un abcès sans extirpation d'appendice il y a toute chance d'arriver à la nécessité d'une ablation secondaire. Dans le cas particulier du grand abcès de la fosse iliaque, ce doit être une nécessité plutôt rare.

Chirurgiens qui attendent le refroidissement. — On nous répète sans cesse : il n'y a aucune différence entre les chirurgiens qui sont tous opportunistes et opèrent suivant les indications. J'ai une preuve du contraire qui m'a beaucoup frappé et qui m'a déterminé en partie à prendre la parole.

Les jeunes qui sont appelés dans la journée dans nos services sont actuellement divisés en deux écoles bien nettes, ce dont il est facile de s'assurer. Les uns opèrent toutes les appendicites aiguës pour lesquelles on les appelle, les autres indiquent celles qu'il faut laisser refroidir.

Ceci n'est évidemment pas attribuable à la timidité opératoire que nous n'avons guère l'occasion de reprocher à nos jeunes collègues, c'est une question de doctrine et d'habitude thérapeutique.

Je ne conteste pas à nos jeunes collègues le droit d'avoir une opinion différente de la mienne ; je les féliciterais plutôt, s'ils ont une opinion qu'ils estiment bien justifiée, de lui rester toujours fidèles et de conformer leurs actes chirurgicaux à leur théorie. Mais j'en puis citer ce que je considère comme les inconvénients ; ce m'est une occasion d'affirmer la divergence entre les chirurgiens.

Ce m'est encore un argument en faveur de ma pratique à moi. Dans la dernière semaine, les derniers jours de juillet, à très peu d'intervalle, un chirurgien de garde appelé pour des appendicites dans la journée estima qu'il fallait en attendre le refroidissement. Le lendemain matin je les opérais.

L'un avait une perforation intestinale avec un épanchement abdominal considérable; l'autre avait une gangrène de l'appendice sans défense périphérique qui eût abouti très probablement à la mort.

Or, le chirurgien qui avait refusé d'opérer avait été très logique. Les accidents n'étaient pas menaçants, comme on dit.

Mais selon toute vraisemblance l'attente aurait mené à deux morts, tandis qu'il y a eu deux guérisons. Il est vrai que les deux morts auraient disparu des statistiques opératoires si les malades n'avaient pas été opérés du tout.

Ce ne sont pas les seuls cas que je pourrais vous citer.

Ils montrent, à coup sûr que la pratique n'est pas faite.

Impossibilité du pronostic. — Bien qu'on en ait dit, la discussion de la Société de chirurgie n'a apporté aucun élément nouveau pouvant nous diriger dans le diagnostic. L'intensité de la douleur, ses retours, ses localisations et sa diffusion? Nous connaissions ces symptômes. Tout est relatif. Nous avons tous étudié le pouls, la température, la décoordination des deux symptômes, l'aspect général, les vomissements. Tout cela nous a guidés. Mais un certain nombre de cas sont toujours restés en dehors de toute règle et nos opérations faites sur des sujets qui paraissaient dans la voie la plus favorable du refroidissement étaient si près de la mort que l'abstention ou le moindre retard la leur eût assurée, comme elle l'a assurée chez quelques-uns des douze sujets que j'ai vus mourir malgré leur opération trop tardive et chez quelques autres qui n'ont jamais été opérés.

Je sais bien qu'on nous a parlé du tact médical. Mais j'avoue, pour ma part, qu'il ressemble vraiment trop au flair de l'artilleur pour que je consente à faire fond sur cette évocation. Le moindre symptôme pathognomonique ferait mieux mon affaire.

A l'hôpital je pourrais encore vous citer quelques cas très topiques. Mais c'est en ville surtout qu'on les peut observer.

J'ai dans la même semaine observé deux sujets soignés de très près par des médecins éminents, avec une sollicitude parfaite. Ils ont été appelés dès le premier jour et ont saturé le sujet d'opium.

L'un des sujets, enfant de treize ans, n'avait plus de douleur spontanée au quatrième jour, pas de température, il criait la faim. A peine un peu de défense musculaire.

A l'opération, adhérences épiploïques, adhérences intestinales, extrémité appendiculaire volumineuse flottant dans un abdomen avec un peu d'ascite. L'appendice en pleine voie de gangrène, avec une pellicule de péritoine subsistant encore et sans adhérence aucune en bas.

Chez un autre au quatrième jour sans température, 37°2, pouls à

68, facies bon, peu de douleur, pus remplissant le petit bassin où flottent des anses rouges, plaque de gangrène du cæcum, matières fécales dans l'abdomen; sortie d'un appendice perforé et gangrené.

Pour les plus optimistes, la mort ne pouvait être loin pour ce sujet.

Je suis convaincu qu'aucun temporisateur n'aurait opéré ni l'un ni l'autre de ces sujets, rien ne l'y eût convié.

Si je rappelle ces deux cas venus dans la même semaine, c'est qu'ils ne constituent pas des exceptions. Tous nos collègues paraissent en avoir observé de semblables. Ils étaient destinés à la mort à coup sûr sans opération, et ils ont guéri facilement. Aussi, jusqu'au jour où l'on m'aura appris à distinguer ces cas des cas bénins qui guérissent, je resterai l'interventionniste que je suis devenu par expérience.

Rapports.

Deux cas de pyonéphroses calculeuses traitées par la néphrectomie, par M. Heresco.

Rapport par M. PIERRE DELBET

M. Heresco, chirurgien des hôpitaux de Bucarest, chargé dans cette ville d'un service spécial de maladies des voies urinaires, nous a envoyé les observations de deux malades atteintes de pyonéphroses calculeuses qu'il a néphrectomisées avec succès.

Ces deux observations sont très soigneusement prises et ceux qui voudront les étudier en détail pourront le faire dans nos archives. Heureusement le rapporteur n'est pas réduit ici à analyser les observations. Il a d'autres ressources. Le mémoire de M. Heresco contient en effet deux points fort intéressants.

L'un de ces points a trait à cette question si délicate et si importante de la pathogénie rénale : la détermination de la valeur fonctionnelle relative des deux reins.

L'analyse chimique, l'épreuve du bleu appliquées à l'urine totale fournissent des renseignements dont on peut se contenter dans un grand nombre de cas, mais qui manquent à la fois de certitude et de précision.

Supposons que ces deux modes d'exploration montrent que la fonction urinaire s'accomplit d'une manière satisfaisante. Il y a bien des chances certes pour que le rein du côté opposé à la lésion soit

normal. Cependant, il n'est pas absolument impossible que dans de telles circonstances le rein que l'on croit sain soit absent ou fonctionnellement supprimé, le rein que l'on sait malade ayant conservé assez de parenchyme pour suffire à la fonction; c'est très peu probable, mais ce n'est pas absolument impossible. Il est donc vrai que les renseignements fournis par les modes d'exploration manquent de certitude.

Ils manquent aussi de précision — car ils ne permettent pas de mesurer la valeur fonctionnelle du rein malade. Or c'est là une regrettable lacune. Dans les cas, en effet, où on peut hésiter entre une néphrotomie et une néphrectomie, la notion de la quantité de travail que peut encore fournir le rein malade doit peser d'un grand poids dans la détermination.

En somme, en étudiant l'urine totale, quelque ingéniosité que l'on y emploie, on ne peut arriver qu'à une probabilité et à une approximation. Que cette probabilité, que cette approximation soient souvent suffisantes en pratique, je ne le nie pas, mais elles n'en sont pas moins très éloignées de la certitude à laquelle on doit toujours aspirer.

Cette certitude, on ne peut l'acquérir qu'en recueillant et en étudiant séparément l'urine de chaque rein.

Ce problème difficile — recueillir séparément l'urine de chaque rein — a reçu une première solution dans le cathétérisme des uretères. Puis on s'est engagé récemment dans une voie nouvelle, la séparation des urines dans la vessie.

Ceux qui ont imaginé des instruments réalisant cette séparation vésicale des urines, M. Luys, M. Cathelin, ont rendu un très grand service en substituant un manuel opératoire très simple à des manœuvres délicates qui ne pouvaient être menées à bien que par des spécialistes très exercés.

M. Heresco, tout en rendant pleine justice à la méthode de la séparation vésicale des urines, estime cependant qu'il est des cas où elle ne suffit pas.

Les séparateurs ne peuvent être laissés en place qu'un temps limité. Ils ne sont guère tolérés pendant plus d'une demi-heure. Or il peut arriver que pendant ce temps, la sécrétion d'un des deux reins soit troublée, et c'est une durée trop courte pour permettre l'épreuve du bleu de méthylène.

C'est pourquoi M. Heresco a eu recours dans ses deux cas au cathétérisme prolongé de l'uretère. Il a laissé la sonde en place pendant vingt-quatre heures.

Pendant ce temps on a fait l'épreuve du bleu, et les urines de chaque rein ont été recueillies de demi-heure en demi-heure.

Voici le résultat de cette expérience.

Chez la première malade, l'urine du rein sain commence à se colorer une demi-heure après l'injection, et le maximum de coloration se produit au bout de quatre heures. L'urine du rein malade ne se colore qu'au bout de deux heures. Le maximum de coloration n'est atteint qu'au bout de huit heures, et, comme intensité, il reste bien au-dessous du maximum du rein sain. Le chromogène apparaît une demi-heure après l'injection du côté sain, et seulement une heure et demie après du côté malade. Mais au bout de vingt-quatre heures, il est plus abondant du côté malade que du côté sain.

L'examen chimique a donné les résultats suivants :

Côté droit, malade. Urée, 9 gr. 58; chlorures, 5 gr. 5; acide phosphorique, 1 gr. 195; albumine, 1 gramme par litre.

Côté gauche. Urée, 20 gr. 68; chlorures, 7 gr. 5; acide phosphorique, 2 gr. 174 par litre.

Chez la seconde malade, les résultats ont été du même ordre. L'urine du rein sain a commencé à se colorer une heure après l'injection, et le maximum de coloration s'est produit au bout de quatre heures. Au contraire, l'urine du rein malade était à peine colorée au bout de six heures, et le maximum de coloration, d'ailleurs très faible, s'est produit au bout de douze heures.

Le chromogène a fait son apparition une demi-heure après l'injection du côté sain, et seulement cinq heures et demie après du côté malade; encore était-il à peine perceptible.

L'analyse chimique a donné :

Pour le *rein droit malade.* Urée, 6 gr. 04; chlorures, 6 grammes; acide phosphorique, 0 gr. 872 ; albumine, 1 gr. 50 par litre.

Rein gauche. Urée, 15 gr. 64; chlorures, 18 grammes; Acide phosphorique, 2 gr. 50 par litre.

On ne saurait nier que M. Heresco a obtenu par le cathétérisme durable des uretères des résultats d'une précision qui ne laisse rien à désirer. Et je ne vois pas trop quel reproche on pourrait adresser à cette manière de faire.

On a reproché au cathétérisme de l'uretère d'exposer à infecter le rein. Mais ici on ne cathétérise qu'un uretère, et il suffit de cathétériser l'uretère du côté malade, manifestement infecté, pour se mettre à l'abri de ce reproche.

J'ajoute que la présence de la sonde pendant vingt-quatre heures dans l'uretère n'a déterminé aucune sensation anormale.

Cette méthode a certainement un caractère d'exception, mais il faut reconnaître qu'elle est capable de fournir des renseignements d'une certitude et d'une précision auxquelles nulle autre ne peut prétendre. Elle est donc capable de rendre des services dans certains cas très embarrassants.

L'autre fait très intéressant que renferme la communication de M. Heresco, c'est une déchirure de la veine cave inférieure.

Chez sa seconde malade, la tumeur était énorme. Un médecin l'avait ponctionnée au travers de la paroi abdominale. A la suite de cette ponction s'était développé dans la paroi un abcès qui restait fistuleux depuis trois ans.

En raison du volume de la tumeur et de la présence de cette fistule, M. Héresco se décide pour la voie transpéritonéale.

Il circonscrit la fistule dans la partie moyenne de son incision dédoublée, et, chemin faisant, extirpe comme une tumeur le noyau inflammatoire compris dans la paroi abdominale. Il arrive sur l'épiploon adhérent dont la libération est difficile, puis il procède à la dissection de la tumeur, dissection rendue très laborieuse par des adhérences étroites.

Il avait poussé à la partie interne la libération jusqu'au hile, quand tout à coup une énorme hémorragie veineuse inonda le champ opératoire heureusement bien endigué par des compresses. Rapidement, M. Heresco introduit la main au fond de la plaie, comprime la région d'où jaillissait le sang et par bonheur arrête l'hémorragie.

La plaie nettoyée, il constate qu'il existe une déchirure longitudinale sur une veine large de deux travers de doigt et parallèle à la colonne vertébrale. Ce ne pouvait être que la veine cave. Pour arriver à une certitude plus complète, M. Heresco, faisant continuer la compression par un aide, dissèque la veine rénale et constate qu'elle se jette dans la veine blessée. Il ne saurait y avoir le moindre doute, c'était bien la veine cave qui était déchirée.

M. Heresco, connaissant le fait que M. Houzel nous a ici présenté et où la ligature de la veine cave inférieure n'a eu d'autre conséquence qu'un léger œdème malléolaire, n'essaya pas de faire la suture. Avec du catgut n° 4, il fit deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la déchirure, et acheva la néphrectomie.

Eh bien, messieurs, cette ligature de la veine cave inférieure n'a eu aucune espèce de conséquences; elle n'a entraîné aucun trouble. M. Heresco a remarqué que les points de suture placés sur la paroi abdominale saignaient abondamment, et c'est tout. Il ne s'est produit aucun œdème des jambes, ni immédiatement, ni lorsque le malade a commencé à marcher. Nulle part on n'a pu constater de développement anormal des veines superficielles.

Ce cas est vraiment intéressant. La terreur de la ligature des veines a pesé longtemps sur la chirurgie. En réalité le danger venait non pas de l'interruption du cours du sang, mais de l'infection, des phlébites à caillots migrateurs ou progressifs qui oblitéraient non seulement la veine liée, mais les collatérales.

Cruveilhier avait eu beau affirmer « qu'il n'existe pas un seul fait positif de gangrène par oblitération veineuse », malgré son autorité les chirurgiens redoutaient encore la ligature des veines.

Peu à peu l'expérience a montré que la ligature aseptique des veines moyennes, grosses et même très grosses n'entraîne aucun danger. On sait de manière certaine que la ligature de la veine jugulaire interne n'amène pas de troubles cérébraux, que la ligature de la veine axillaire n'entraîne même pas d'œdème du bras. La veine fémorale commune a paru longtemps plus redoutable et l'on se rappelle que Gensoul, à la suite d'un cas d'ailleurs fort obscur, avait proposé quand la veine fémorale était blessée de lier l'artère, admirable moyen pour augmenter les chances de gangrène. On sait aujourd'hui, grâce aux travaux de Schwartz, de Mébergal, de Maubrac, de Chwolzow, que le danger de gangrène à la suite de la ligature de la veine fémorale commune est très faible.

La veine cave restait comme une dernière menace. Quand Schede la déchira en pratiquant une néphrectomie pour cancer, il en fit la suture, avec succès, d'ailleurs.

M. Houzel (de Boulogne) est le premier, je crois, qui ait osé lier ce vaisseau. J'imagine qu'au moment de serrer son fil, il a dû éprouver une singulière émotion. L'événement a prouvé que son audace était légitime. On pouvait cependant se demander s'il n'avait pas été servi par quelque circonstance spéciale ayant échappé à l'analyse.

C'est ce qui donne tant d'intérêt au cas de M. Heresco; les détails de ce dernier sont, je vous le rappelle, si complets et si précis qu'ils ne laissent aucune place au doute. *C'est bien la veine cave inférieure qui a été liée, et cette ligature n'a amené aucun trouble circulatoire appréciable.*

On peut supposer que la veine était comprimée par la tumeur et que les voies collatérales s'étaient développées peu à peu et en quelque sorte préparées d'avance pour la ligature. Mais c'est là une supposition toute gratuite. Il est certain, en tout cas, que la veine n'était pas oblitérée.

Evidemment on ne peut tirer de ces deux faits aucune conclusion formelle, mais leur parfaite concordance est impressionnante. Il semble que la veine cave inférieure ne doive plus être considérée comme un épouvantail, il semble que partout, dans le système veineux, les voies secondaires sont multiples et si nombreuses que la suppression de la voie principale trouble à peine la fonction, et l'on est conduit à se demander si les recherches d'ailleurs si intéressantes qui ont été faites sur les sutures veineuses ont un grand intérêt pratique.

Quoi qu'il en soit, je me félicite que les deux premiers faits de

ligature de la veine cave aient été communiqués à notre Société et j'espère, messieurs, que vous voudrez bien envoyer des remerciements à M. Heresco pour son intéressante communication, et ne point oublier son nom quand nous aurons à nommer des correspondants étrangers.

M. Bazy. — Je ne vois nul inconvénient à ce qu'on fasse le cathétérisme des uretères sur un autre que sur moi; ceci étant dit, je soutiens que M. Heresco, qui a laissé un cathéter urétéral en place pendant vingt-quatre heures, eut pu s'en passer. Quoique M. Delbet, en rapporteur infidèle (??), ne nous ait pas lu les analyses des urines qui étaient, d'après M. Heresco, le point le plus important, je suis certain que le résultat de ces analyses est en concordance parfaite avec l'élimination du bleu de méthylène. Par conséquent, l'épreuve du bleu eût suffi. En effet, si le rein sain a envoyé dans la vessie le bleu au bout d'une demi-heure, pendant que le cathéter urétéral faisait la séparation, il l'y aurait envoyé aussi bien en dehors de tout cathétérisme, et on l'y eût vu. Donc, un des deux reins était sain, et cela suffisait (1).

M. Pierre Delbet. — Il est bien certain que sans le cathétérisme des uretères, M. Heresco aurait pu constater que le bleu arrivait dans la vessie au bout d'une demi-heure, mais je me demande comment il aurait pu arriver à savoir (sans le cathétérisme) de quel rein venait le bleu.

M. Bazy. — La meilleure façon de connaître l'état du rein, c'est de le voir; or, puisqu'il y avait une indication opératoire, M. Heresco devait voir le rein et par conséquent savoir s'il pouvait ou s'il devait l'enlever ou le garder. En voyant comment le rein malade, dans la première observation, avait éliminé le bleu, il était facile de prévoir que ce rein était encore en assez bon état, et en effet, ce rein qui éliminait le chromogène au bout d'une heure et demie, rendait 9 gr. 58 d'urée par litre.

M. Pierre Delbet. — Je trouve, pour ma part, que les renseignements fournis par l'analyse chimique sont plus précis que ceux donnés par la vue et, ils ont en outre l'avantage de permettre d'arrêter par avance le plan opératoire.

(1) La lecture des analyses d'urine faite après coup, justifie cette manière de voir.

Discussion.

Sur la colpo-périnéorrhaphie.
Prolapsus et déchirure,

par M. L.-GUSTAVE RICHELOT.

Tout récemment, Pierre Delbet a fait part à la Société de chirurgie d'un procédé opératoire destiné à combattre la procidence des parois vaginales.

Je lui ferai d'abord une querelle de mots. En l'entendant parler, je me suis demandé pendant quelques minutes quel était l'objet de sa communication. Il nous avait annoncé une « périnéorrhaphie par interposition », et le mot déchirure périnéale était prononcé plus d'une fois; puis il était question de « prolapsus » et le mot prolapsus revenait à son tour, si bien que j'avais peine à comprendre. En fin de compte, c'était bien la chute des parois que visait l'opération décrite, bien que l'auteur nous déclarât qu'il avait en vue les ruptures incomplètes du périnée, et que son procédé convenait aussi bien aux ruptures complètes.

Cette confusion dans les termes, Delbet n'en est pas seul responsable. Les traités de gynécologie en donnent l'exemple, et j'imagine que tout chirurgien encore jeune doit passer, en les lisant, par la phase de cruelle incertitude ou j'ai passé moi-même, avant d'avoir pu débrouiller par une observation attentive le chaos des descriptions cliniques et des procédés opératoires. Je ne connais qu'un livre — le mien — qui mette le lecteur en garde contre les malentendus créés, dans cette question, par des définitions inexactes.

Que voyons-nous, en réalité? D'une part, la *déchirure*, accident obstétrical, intéressant tout ou partie du corps périnéal, de cet étage inférieur du plancher pelvien qui est le vrai périnée des accoucheurs et des chirurgiens; elle le divise sur la ligne médiane et en fait deux surfaces triangulaires séparées par un large espace. Chez beaucoup de femmes, les choses en restent là : déchirure incomplète sans importance, ou déchirure complète créant une véritable infirmité. Mais de prolapsus, il n'y a pas trace; la paroi vaginale, pourvue de sa tonicité, reste en place et ne songe pas à descendre. Tout au plus voit-on la colonne postérieure du vagin faire une saillie légère au-dessus de l'espace béant, sans que la femme en ait conscience. Il est habituel, en somme, de voir la déchirure la plus ancienne ne rien ou presque rien changer à l'attitude des parois vaginales; nombre de femmes ont et conservent une *déchirure sans prolapsus.*

D'autre part, nous voyons la chute du vagin survenir chez des femmes qui n'ont même pas accouché. Des jeunes filles vierges peuvent avoir leur utérus entre les jambes; j'ai observé la procidence à quatorze, à seize, à dix-huit, à dix-neuf ans; entre vingt-trois et trente ans, sans aucun surmenage de la région pelvienne, les cas sont assez nombreux. Les distensions produites par la grossesse et l'accouchement peuvent en être le prétexte et la cause déterminante, mais elles n'agissent que chez des femmes prédisposées. Ce relâchement des tissus fibreux, des parois musculaires, cet effondrement primitif et spontané du plancher périnéal sont le résultat d'un trouble de nutrition — le neuro-arthritisme — sans lequel les lésions mécaniques ne sont rien. Donc beaucoup de femmes ont un prolapsus sans déchirure.

Sans doute, une vulve élargie, un périnée aminci par une déchirure ancienne sont des conditions favorables à la descente du vagin, et il est difficile de nier que l'effondrement traumatique de la région soit, chez les femmes prédisposées, un grand pas vers son effondrement physiologique. Aussi voit-on souvent coïncider prolapsus et déchirure ancienne, déchirure incomplète le plus souvent, car les complètes sont assez gênantes pour que les femmes se fassent opérer de bonne heure, avant la chute.

Direz-vous que, tout au moins dans ces coïncidences, il est indifférent d'employer l'un ou l'autre terme? Non, car dans ces cas la déchirure n'est rien, elle n'a pas plus de valeur qu'un relâchement périnéal ayant précédé la chute totale des parois; il s'agit, en réalité, d'une procidence vaginale, c'est contre elle qu'il faut diriger nos efforts, toute intervention limitée à l'étage inférieur du plancher pelvien serait illusoire.

C'est, en effet, pour mieux juger des méthodes opératoires que je demande un peu de clarté dans la terminologie. Quand on a sous les yeux les deux ailes triangulaires d'une déchirure complète, il s'agit, non de soutenir ou d'accrocher une paroi exubérante, non d'enlever de l'étoffe pour rétrécir un conduit, mais tout simplement d'amener au contact et de souder efficacement des surfaces divisées. On n'a que faire, alors, de fouiller jusqu'au cul-de-sac de Douglas. Si la déchirure est incomplète, en admettant qu'elle vaille la peine d'être opérée ou qu'on veuille prévenir la descente ultérieure de la paroi, on peut faire un avivement simple au bistouri, ou bien procéder par dédoublement, tracer une incision courbe à la limite qui sépare la déchirure de la peau, disséquer et poursuivre le décollement jusqu'à la limite supérieure de la fente périnéale, réséquer le lambeau et suturer les surfaces. Là encore il est inutile de faire une opération complexe et d'aller vers la paroi postérieure du vagin pour y enlever de l'étoffe ou

pour toute autre manœuvre. Et c'est ainsi qu'aux simples déchirures convient la périnéorrhaphie proprement dite.

S'agit-il, au contraire, d'un prolapsus vaginal, la suture simple du périnée ne peut suffire. Elle est pour la paroi exubérante une barrière provisoire, un soutien précaire et ne peut l'empêcher longtemps de passer par-dessus bord et de reproduire l'infirmité. Aussi l'ancien procédé de Doléris « contre le prolapsus », qui dédouble comme je viens de le dire, sans dépasser les limites de la déchirure, et qui, au lieu de réséquer le lambeau obtenu par décollement, l'attire en bas, le rabat et le fixe à la suture périnéale, ce procédé qui refait le périnée et relève la commissure, mais qui abaisse en même temps la paroi au lieu de la remonter ou de la rétrécir, n'est-il en aucune manière un traitement du prolapsus confirmé. Celui-ci exige une intervention portant haut sur la paroi vaginale, c'est-à-dire une colpo-périnéorrhaphie. Seulement, il faut bien dire qu'en présence des chutes simplement menaçantes et à peine commencées, le chirurgien qui entreprend une opération limitée peut toujours empiéter sur cette paroi, prolonger le décollement, allonger le lambeau, en un mot passer par une transition insensible de la suture du périnée à la colpo-périnéorrhaphie. Et c'est apparemment parce qu'il n'y a pas toujours de limite bien tranchée entre la déchirure simple et la déchirure compliquée de prolapsus, que les auteurs ont tant varié leurs procédés et qu'il règne dans ces descriptions ardues une véritable confusion.

C'est pour la même raison qu'on emploie souvent des termes impropres. Ainsi, P. Duval et R. Proust décrivent dans la *Presse médicale* du 22 novembre 1902 leur manière de suturer les releveurs sur la ligne médiane et d'accrocher la paroi vaginale sur ce raphé musculaire artificiel; l'opération est plus étudiée, plus savante que celle de Delbet; la région tout entière est disséquée, non par le bistouri d'un chirurgien, mais par le scalpel d'un anatomiste; puis ces manœuvres compliquées prennent le nom de périnéorrhaphie, comme si les auteurs voulaient entendre que le périnée est tout l'espace compris entre l'aponévrose pelvienne supérieure et la peau. Oui, pour les anatomistes; mais non pour les chirurgiens. En réalité, Duval et Proust font une laborieuse colpopexie. Il faut d'autres mots pour désigner un simple rapprochement de surfaces divisées, d'autres mots pour une intervention qui monte à travers la région pelvienne jusqu'au voisinage du péritoine.

Cela dit, j'arrive à l'examen du procédé de Pierre Delbet. J'ignore, bien entendu, la question de priorité; je crois que Delbet a suturé les releveurs avant Duval et Proust, mais ces derniers ne

font pas la même suture que lui; Ricard, de son côté, agit différemment et fait, je crois, la manœuvre courante et nécessaire dans toute bonne colporrhapie, en prenant largement les tissus musculaires et fibreux sur les côtés du rectum et au devant de lui, afin de reconstituer un massif périnéal sans espaces morts.

Quoi qu'il en soit, Delbet procède par dédoublement, traverse d'abord quelques tissus fibreux résistants, — la bandelette recto-vaginale de Duval et de Proust, — et pénètre dans l'espace lamelleux, dans la zone décollable située plus haut. Il remonte ainsi jusqu'à sentir le col utérin à travers la paroi vaginale. Cette manière de séparer le vagin du rectum jusqu'au voisinage du cul-de-sac de Douglas est pour moi la meilleure façon de commencer la colpo-périnéorrhaphie, c'est-à-dire l'opération qui consiste à réséquer un large lambeau comprenant toute l'épaisseur de la paroi exubérante au lieu d'aviver simplement sa muqueuse, à enlever l'étoffe en excès et à rétrécir le cylindre vaginal, pour triompher de sa tendance au relâchement. Elle m'a été inspirée, il y a de longues années, par le procédé de Doléris mentionné plus haut; elle en était la continuation et le perfectionnnement. Seulement, Delbet n'en fait pas le premier temps d'une résection et d'une colporraphie; il n'a d'autre but que d'aller à la recherche des releveurs et de les suturer entre eux sur la ligne médiane, pour en faire une sangle qui soutienne la paroi vaginale. Cette paroi, il ne s'en inquiète plus, il lui laisse sa laxité et son exubérance. Il lui arrive cependant, quand « elle se plisse et se godronne », d'en enlever un lambeau transversal, mais c'est pour la forme, c'est pour mieux affronter la muqueuse à la peau. Il n'a pas l'idée de rétrécir le conduit pour l'empêcher de se dérouler à l'intérieur, et la preuve, c'est qu'il fait un lambeau transversal. Il proteste même contre un lambeau dont le grand axe irait de la vulve au col utérin et qui donnerait un rétrécissement vaginal et un affrontement parfait; et cela, parce qu'une ligne de suture longitudinale permettrait aux sécrétions utérines de s'infiltrer dans le périnée. Une résection dans ce sens lui paraît déplorable, et il n'en fait jamais. Alors, à quoi pensent les chirurgiens qui emploient le procédé de Hégar, par exemple, et cousent le vagin de haut en bas, prétendant que rien n'est plus facile que d'obtenir une réunion parfaite, que jamais il n'y a de suppuration ni d'échec de la suture? Mais surtout, que vaudra la sangle musculaire pour empêcher le déroulement de la paroi vaginale!

Duval et Proust assurent peut-être un peu mieux l'avenir. Ils respectent, comme Delbet, l'exubérance de la paroi, c'est-à-dire l'élément principal de la récidive; mais la suture intéresse à la fois les releveurs et la paroi, celle-ci est accrochée

méthodiquement au raphé musculaire; ils font donc un peu plus, ils font une colpopexie. Je n'ai pas confiance dans les « pexies » en général pour lutter contre le prolapsus ; j'ai longuement discuté la valeur des moyens de suspension, par l'utérus ou par ses ligaments, et montré que ces moyens sont excellents pour redresser l'axe utérin et corriger les versions, mais absolument insuffisants pour empêcher la procidence; et j'ai cité, entre autres exemples, un cas de la pratique de Delbet, où l'utérus rétrodévié avait été fixé à la paroi abdominale et très bien fixé, car il y tenait encore quand j'ai opéré la malade pour le prolapsus dont elle se plaignait, et dont ma colporrhaphie l'a guérie complètement. Je ne crois pas qu'une suspension aux muscles pelviens ait plus d'efficacité qu'une pexie abdominale. Myorrhaphie simple ou colpomyorrhaphie, la suspension vaudra ce que valent les releveurs, c'est-à-dire qn'elle vaudra peu chez les femmes à grands relâchements.

Les meilleurs raisonnements, je le sais, ne sauraient prévaloir contre les faits, et je m'incline d'avance devant tout procédé qui réussit. Les malades de Delbet sont-elles guéries? Nous en avons vu quatre : une d'elles est en bon état depuis quinze mois, c'est déjà bien sans être absolument définitif; les trois autres n'ont encore que sept, six et quatre mois, c'est insuffisant. Delbet en a-t-il opéré d'autres, et dans quelles conditions ? cas simples ou difficiles, grands ou petits relâchements? Il y en a au moins une chez laquelle « le résultat éloigné fut médiocre », bien que le résultat immédiat parût excellent. L'auteur nous dit bien que le catgut s'est résorbé trop vite, et que, pour ce motif, il se sert quelquefois du fil d'argent. Je ne ferai pas ici la critique du fil d'argent employé dans une suture perdue et dans cette région; mais je tiens à dire que le catgut ne se résorbe jamais trop vite et qu'un fil plus dur n'a pas plus de valeur. Entendons-nous bien : il ne s'agit pas ici des fractures de la rotule, où on peut admettre que des fragments mal joints sont contenus mécaniquement et indéfiniment par un fil métallique, pourvu qu'il ne casse pas; et cela parce que le fil s'appuie sur un os. Il s'agit des parties molles; en pareil cas, la résistance du catgut va toujours au delà du temps nécessaire pour la réunion primitive ; si la réunion manque — tension trop forte ou asepsie imparfaite — ce n'est pas le fil d'argent ou tout autre qui peut sauver la situation, car il coupe les tissus et leur permet de se désunir. J'incline donc à voir, chez la malade en question, non pas un échec de la suture, mais un relâchement ultérieur, une récidive. Jusqu'à plus ample informé, nous attendrons.

Aussi bien, quels que soient les résultats futurs des procédés

qu'on nous offre, une considération m'a porté à prendre la parole. J'estime qu'il faut, dans nos méthodes opératoires, chercher toujours la simplicité, cette simplicité à laquelle on n'arrive, en général, qu'après de longs détours. Il est, pour la cure radicale des hernies, un procédé de Bassini adopté par d'éminents chirurgiens; il dissèque la région et la reconstitue en cousant fibre à fibre chaque faisceau musculaire ou tendineux connu des anatomistes; il est d'ailleurs excellent, mais il ne vaut pas mieux que celui de Championnière, qui ramasse les tissus et les ficelle sans demander comment ils se nomment. Que dire aux éminents chirurgiens, si ce n'est qu'ils se battent les flancs — passez-moi l'expression — pour ne pas mieux réussir que s'ils opéraient moins savamment? Et la suture abdominale après les laparotomies, quelles élucubrations n'a-t-elle pas suscitées! Quelles dissertations sur la fermeture à un seul ou à plusieurs étages, la nature des fils et leur disposition! Combien de coupes histologiques démontrant je ne sais quoi, et de volumineux rapports dans les Congrès internationaux! Si nous consultons, non plus les auteurs, mais l'expérience, elle nous dit que la meilleure suture est celle qu'on fait n'importe comment, pourvu qu'elle ne suppure pas.

Revenons à la colporrhaphie. J'ai dit que, depuis de longues années, je fais le dédoublement total de la cloison jusqu'au niveau du col utérin, pour libérer toute l'épaisseur de la paroi vaginale. Or, je n'ai jamais eu l'idée de baptiser les tissus que je traverse, et j'ignore les releveurs. Mais j'enlève de la paroi un lambeau suffisant, vaguement triangulaire, en m'inspirant du procédé de Hégar; je n'ai cure de sa régularité, non plus que de la symétrie parfaite de mes points de suture; je fais de haut en bas un surjet simple au catgut, sans m'inquiéter si les lèvres de la plaie se retournent un peu et ne s'affrontent pas avec précision, mais en ayant bien soin de charger tous les tissus à droite, à gauche et au devant du rectum — il est probable, il est certain que je prends les releveurs — pour en faire une masse épaisse, un corps périnéal nouveau sans espaces morts. Puis j'oublie mes fils, qui disparaissent tout seuls quand la réunion est faite, et la réunion ne manque jamais. Donc, j'opère très simplement, sans aucune recherche; mais cette exécution facile, expéditive, je la mets au service d'un principe directeur : enlever de l'étoffe et rétrécir. Même chez les femmes dont « les passions ne sont pas aussi flétries que la peau », il faut enlever beaucoup d'étoffe, si bien que le rétrécissement paraisse d'abord excessif; il cédera toujours assez. Il faut que la paroi vaginale postérieure, à mesure que les points de suture la reconstituent, monte au-devant de la paroi

antérieure ; que les derniers points aient quelque peine à rapprocher les bords de l'avivement, et ne puissent le faire qu'en relevant très haut la commissure. Mieux vaut, en somme, réséquer la partie exubérante et rétrécir le conduit, que de s'ingénier à suspendre ou à soutenir une paroi lâche et qui se déroule obstinément.

En procédant ainsi, j'ai pu donner au Congrès de chirurgie, en 1896, une statistique avec 10 p. 100 de récidives, mais de récidives facilement et définitivement guéries par une colporrhaphie secondaire. Depuis cette époque, je n'en ai vu aucune, sans doute parce que j'ai suivi, avec plus de conviction encore que dans les premières années de ma pratique, le principe directeur dont j'ai parlé. Deux fois seulement, j'ai dû refréner, par une colporrhaphie antérieure, une cystocèle que j'avais négligée lors de la première opération et qui restait ou devenait gênante. Je déclare, néanmoins, qu'il est très souvent inutile, sauf dans les cas de procidence vésicale excessive, de faire une colporrhaphie antérieure ; la colpo-périnéorrhaphie, en tirant en arrière les parties latérales du vagin, bride et contient la cystocèle. On voit, longtemps après, au devant d'un périnée très élevé et d'une paroi postérieure solide et plutôt concave, une paroi vésico-vaginale légèrement bombée, n'ayant nulle tendance à descendre davantage et ne produisant aucune gêne.

Tels sont les résultats sur lesquels s'appuie la critique à laquelle je viens de me livrer, et qui, tout en visant l'opération décrite par Pierre Delbet, n'a nullement pour but de nier toute raison d'être à un procédé dont les résultats nous sont jusqu'ici mal connus, encore moins de chercher noise à un chirurgien de sa valeur, mais qui voudrait avoir une portée plus générale. J'ai dit, en résumé, qu'on a tort d'employer improprement les mots prolapsus et déchirure du périnée, parce que cette négligence dans les termes implique une connaissance imparfaite de la pathogénie et entraîne une confusion regrettable dans la thérapeutique. J'ai dit que, dans la procidence, toute méthode qui laisse le tissu en excès et n'a pas pour principe de rétrécir le cylindre vaginal, donne des résultats précaires ; que les procédés de suspension, hystéro, trachélo ou colpopexies variées, sont insuffisants quand on les emploie seuls, et que je n'ai pas plus de confiance *a priori* dans les muscles releveurs que dans les ligaments larges ; que la colporrhaphie, au contraire, bien comprise et bien faite, est l'opération suffisante et qui réussit toujours. Je dis enfin, pour terminer, que dans l'étude des opérations réparatrices portant sur l'appareil génital, il faut se garder des illusions de la technique individuelle et des procédés d'auteurs, attendu que les inventions les plus ingé-

nieuses, les raffinements les plus précieux, ne valent pas de voir juste ce qu'il faut faire et de l'exécuter simplement.

Présentations de pièces.

Sac herniaire réséqué, provenant d'une hernie inguinale droite à double sac.

M. Moty. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un sac herniaire réséqué le 5 décembre et provenant d'une hernie inguinale droite à double sac, l'un antérieur contenant l'épiploon hernié et descendant jusqu'à la partie moyenne du testicule, l'autre postérieur qui n'est autre que la vaginale s'ouvrant largement sur l'origine du second sac et se confondant avec lui au-dessous du trajet inguinal.

Le diagnostic de hernie épiploïque assez volumineuse, mais non vaginale, avait été posé parce que l'épiploon semblait nettement séparé du testicule (un autre diagnostic aurait été impossible, le malade n'ayant jamais remarqué de modifications dans la forme de sa hernie qui datait de dix ans), et il a été jusqu'à un certain point vérifié par l'intervention; mais celle-ci a montré que la vaginale assez épaisse largement ouverte par en haut et formant ainsi un sac herniaire inhabité adhérait sur l'étendue de 3 centimètres avec le sac herniaire véritable.

Bien que la hernie fût réductible il y avait une adhérence fibreuse de l'épiploon à la tunique péritonéale du vestibule commun aux deux sacs; les orifices de ceux-ci étaient de dimensions à peu près égales; l'épiploon épaissi avait quelque analogie d'aspect avec une anse de côlon. Les adhérences furent facilement rompues, les deux sacs séparés par une dissection minutieuse aux ciseaux, le sac vaginal complètement détaché du vestibule et maintenu avec des pinces pendant que l'on isolait le premier et que l'on tordait, liait et réséquait le collet commun des deux sacs; la vaginale fut ensuite fermée par un catgut en surjet; sutures aponévrotiques habituelles au catgut, petit drain que l'on enlève trois jours après, suites simples, réunion complète le 16 décembre.

Le sac en doigt de gant que je présente était on le voit très complet, mais, comme je l'ai dit, celui qui contenait le testicule était, à son abouchement dans le vestibule commun, tout à fait

analogue au premier et ne se distinguait de lui que par la présence du testicule; tous deux semblaient en outre avoir à peu près les mêmes dimensions. Cette forme rare de hernie se distingue nettement de la hernie enkystée de la vaginale d'Astley Cooper, car on peut la définir : une hernie vaginale enkystée, compliquée de sac herniaire vaginal vide.

Ce caprice de la nature montre nettement par l'adhérence intime des deux sacs que tous deux sont congénitaux, comme le sont sans doute tous les sacs inguinaux épais, même quand l'épiploon ne pénètre dans leur cavité que vers la quinzième année.

Je ne puis m'empêcher de rapprocher de cette observation de sac en Y renversé celle d'une hernie inguinale droite à sac en Y opérée en 1899. Ce sac de volume ordinaire moyen s'ouvrait dans l'abdomen par deux orifices, le supéro-externe du calibre d'une sonde de femme, l'inféro-interne plus large admettant le doigt; les deux collets dont l'inférieur seul semblait praticable à l'épiploon étaient séparés par une lame fibreuse épaisse verticale ne contenant pas de vaisseaux; elle fut sectionnée et le sac lié et réséqué comme d'ordinaire; — suites simples, réunion complète.

Fracture tibio-malléolaire.

M. E. Potherat. — Je viens d'observer dans mon service de la Maison municipale de santé une variété de fracture que je n'ai point encore rencontrée, et dont je n'ai trouvé aucune indication dans nos classiques.

Il s'agit d'une fracture totale de la malléole interne séparée du tibia par un trait de fracture oblique de haut en bas de *dedans en dehors*, qui commence sur la face interne de l'extrémité inférieure de l'os pour venir aboutir dans l'articulation tibio-tarsienne au fond de l'angle même formé par les deux surfaces articulaires, l'une horizontale, tibiale proprement dite, l'autre verticale, malléolaire interne.

En somme, la malléole interne se trouve détachée complètement et en totalité du reste de l'os, avec un copeau conique, effilé qui la prolonge en haut dans une étendue de 4 centimètres; et l'ensemble du fragment, malléole comprise, mesure près de 6 centimètres et demi. La radiographie que je vous présente montre la lésion rapidement et mieux que toute description.

Il ne s'agit pas là de ces arrachements malléolaires, de ces

fractures plus ou moins importantes de la malléole interne qu'on observe dans les entorses graves, ou dans les fractures du péroné. C'est une fracture dans le massif formé par l'extrémité inférieure du tibia, intéressant à la fois cet os lui-même et la malléole interne. C'est donc une fracture *tibio-malléolaire*.

Voici dans quelles conditions s'est produite cette lésion. Un employé de commerce âgé de vingt et un ans, vigoureux, portait sur son épaule une charge de tapis du poids de 30 à 40 kilogrammes. Il vient à glisser sur le parquet ciré; le pied droit, côté lésé, se porte fortement en dedans, *en adduction forcée;* le malade s'incline, puis tombe à droite.

Etendu sur le parquet le blessé se déchausse, voit son pied « tordu fortement en dedans », et constate une saillie dure au devant du cou-de-pied.

Un médecin appelé quelques heures après l'accident trouve le pied en position à peu près normale, reconnaît cependant la saillie antérieure, diagnostique une entorse; et le lendemain, le malade entre dans mon service.

Tout d'abord ce diagnostic d'entorse est accepté, malgré un gros épanchement sanguin, et on institue le massage. Mais le lendemain on me signale que la crépitation a été perçue au cours du massage, et le malade est soumis à mon examen.

Je constate alors qu'il y a un gonflement ecchymotique considérable; mais ce gonflement occupe surtout la partie antéro-interne de l'articulation. Il remonte assez haut sur la jambe, en dedans. Il y a une déformation; l'extrémité de la jambe fait saillie en avant du cou-de-pied, et le talon a reculé en arrière en même temps qu'il a une tendance à remonter; il y a, en un mot, subluxation du cou-de-pied en arrière. Si l'on cherche à corriger cette déviation, on y arrive aisément, mais vient-on à abandonner le pied, la position vicieuse reparaît de suite. Pendant la réduction ou perçoit une crépitation osseuse nette.

La recherche des points douloureux nous montre qu'il n'y a pas de douleurs aux insertions péronières des ligaments externes de l'articulation tibio-tarsienne; il y a un point douloureux vif le long des péroniers latéraux, mais c'est surtout au bord antérieur de la malléole interne et sur la face antéro-interne du tibia qu'on éveille une douleur vive. En outre, la malléole interne paraît élargie, elle est mobile et sa mobilisation s'accompagne de crépitation.

Il y a donc là une fracture indéniable, et la radiographie faite par M. Vaillant au laboratoire de Lariboisière nous a montré le siège exact de cette fracture et la direction un peu inattendue du trait. Le reste du squelette est indemne; la malléole externe est

intacte. Ces constatations faites, le malade fut placé dans une gouttière plâtrée en bonne position. La guérison a été obtenue sans déformation, et avec très peu de raideur articulaire. Ce fait montre que l'adduction forcée du pied peut laisser intacte la malléole péronière et déterminer une fracture détachant du tibia un fragment important diaphyso-malléolaire, avec l'accompagnement de la déviation du pied habituelle aux fractures de la malléole externe compliquées ou non d'arrachement d'une portion de la malléole interne. Je ne sais, puisque je ne puis offrir que ce cas unique, si l'âge joue un rôle dans cette variété de fracture; je rappelle cependant que mon malade n'a encore que vingt et un ans.

M. Pierre Delbet. — M. Potherat nous dit que chez son malade le péroné est intact; c'est possible, mais on ne peut l'affirmer d'après la radiographie. En effet, l'épreuve qu'il nous montre ne représente que les deux tiers inférieurs de la jambe. On ne peut donc savoir quel est l'état du tiers supérieur du péroné. Or ce type de fracture du tibia, qui est rare, mais connu, s'accompagne souvent, comme l'a dit Maisonneuve, d'une fracture du col du péroné.

M. Potherat. — La radiographie ne vous montre pas la partie supérieure du péroné, c'est vrai : mais j'ai examiné avec le plus grand soin le malade, et en aucun point, aussi bien à la partie supérieure qu'à la partie inférieure, je n'ai trouvé ni point douloureux, ni gonflement, ni ecchymose, et il n'est pas douteux qu'il n'y avait aucune lésion du péroné.

Corps étranger contenu dans un hygroma de la bourse du psoas.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter trois corps étrangers, ayant chacun le volume d'une très grosse noix, que j'ai trouvés dans un hygroma de la bourse du psoas.

J'avais fait le diagnostic d'hygroma de la bourse du psoas, mais je n'avais pas reconnu avant l'opération la présence de ces corps étrangers. Chose curieuse, malgré leur volume considérable, il était impossible de les sentir par la palpation. Ceci s'explique et par la tension du liquide dans la poche et par le siège des corps étrangers. Ils occupaient, en effet, la partie inférieure de la bourse qui est séparée de la peau par des muscles épais. Le plus volumineux était contre le petit trochanter et j'ai eu de la peine à le déloger.

Ces corps ont l'aspect et la structure des corps étrangers articulaires, et cependant je puis affirmer, ayant largement ouvert la poche, qu'elle ne communiquait pas avec l'articulation coxo-fémorale. Ils avaient donc bien pris naissance dans la bourse du psoas.

Le malade qui les portait a été opéré le 14 août. Il y a longtemps qu'il est complètement guéri.

Cancer de l'œsophage.

M. Faure présente l'œsophage d'un malade auquel il a enlevé un cancer de cet organe et qui est mort à la suite de son opération. — M. Demoulin rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1902

Présidence de M. KIRMISSON, vice-président.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. BEURNIER qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. QUÉNU qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

4°. — Une observation de M. GIROU (d'Aurillac) : *Abcès aigu du foie consécutif à une appendicite guérie.* Renvoyée à une commission. M. MONOD, rapporteur.

5°. — Quatre observations de M. LAFOURCADE (à Bayonne) : *Laparotomie sous-pleuro-diaphragmatique pour deux abcès et deux kystes hydatiques de la convexité du foie.* Renvoyées à une commission. M. JALAGUIER, rapporteur.

A propos du procès-verbal.

De la conduite à tenir dans les déchirures de la veine cave au cours des opérations sur le rein.

M. J. ALBARRAN. — L'intéressante observation de M. Heresco, rapportée par notre collègue Delbet, démontre que, dans les

déchirures de la veine cave, on peut lier avec succès la totalité de cette veine.

Les succès obtenus par Houzel et Heresco doivent être comparés aux résultats obtenus par d'autres chirurgiens dans des cas analogues.

Je ne connais qu'une autre observation de ligature de la veine cave. Küster ayant extirpé un volumineux cancer du rein s'aperçut, en examinant la pièce, qu'il avait enlevé un morceau de la veine cave; le malade mourut d'embolie seize heures après.

D'autres auteurs ont eu recours à la ligature latérale de la veine cave blessée. Lücke réussit ainsi à guérir son malade, mais Helferich perdit le sien. On doit rapprocher de la ligature latérale de la veine cave blessée la ligature de la veine rénale faite à son embouchure dans la veine cave; la veine rénale a été ainsi liée avec succès dans trois cas, par Riedel, par Morris et par moi-même. Enfin, dans un cas qui se termina par la mort, Israel laissa deux pinces à dèmeure sur les parois de la veine cave.

La suture de la veine cave déchirée a été faite avec succès par Schede; dans une autre observation rapportée par Grohé, la mort survint vingt-quatre heures après. Chez deux autres malades, on pratiqua intentionnellement la résection d'une portion des parois de la veine cave qu'on sutura ensuite. C'est ainsi que Zoge von Manteufel extirpa 9 centimètres en longueur et 2 cent. 1/2 en largeur des parois de la veine cave qu'il sutura ensuite; le malade guérit. Moins heureux, Giordano perdit la malade chez qui il avait pratiqué des sutures de la veine.

En cas de blessure accidentelle ou de résection voulue d'une portion de la veine cave, on peut, suivant les cas, avoir recours à la ligature latérale, à la suture ou à la ligature totale de la veine. L'expérience n'est pas encore suffisante pour que nous puissions poser les indications de ces différents procédés. Les observations dont je vous ai parlé donnent :

Trois ligatures totales : 2 guérisons ; 1 mort dans un cas d'opération longue, compliquée et difficile.

Cinq cas de ligature latérale ou de ligature de la rénale à son embouchure : 4 guérisons, 1 mort.

Quatre sutures de la veine : 2 guérisons et 2 morts; ces deux dernières dans des opérations très longues, la mort dans ces cas a été due au shock opératoire.

On voit en somme que les blessures de la veine cave sont loin d'être mortelles de nécessité et que, par des procédés différents, on peut remédier à cet accident avec de grandes chances de succès. L'observation d'Heresco est des plus importantes, venant démontrer à nouveau le succès de la ligature totale, ressource

précieuse dans les cas, assez fréquents, d'envahissement de la veine cave par les néoplames du rein. Je m'associe aux conclusions de M. Delbet et aux félicitations qu'il adresse à notre ami Heresco.

Sur l'appendicite.

M. Schwartz. Je ne crois pas qu'il résulte de la discussion à laquelle nous nous livrons un changement dans la ligne de conduite que chacun de nous a cru devoir adopter dans le traitement de l'appendicite. Chacun en effet a devers soi des faits qui lui permettent de défendre sa manière de voir et de faire. Toutefois, si elle avait pour résultat de faire intervenir, je ne dis pas l'acte chirurgical, mais le chirurgien dès le début d'une appendicite avérée ou douteuse, je pense qu'elle n'aurait pas été inutile.

Certes, si toute appendicite aiguë ou subaiguë devait se terminer forcément par ulcération, perforation ou gangrène, aucun de nous n'hésiterait à se ranger du côté de ceux qui interviennent aussitôt le diagnostic posé. Comme tous nos collègues, j'insiste sur la grande difficulté qu'il présente assez souvent et sur les erreurs qu'on peut commettre.

Je ne vous citerai à cet égard qu'un seul exemple, parce qu'il me paraît offrir un grand intérêt. Je fus appelé aux environs de Paris, il y a de cela dix-huit mois, pour une jeune femme atteinte depuis plusieurs jours déjà d'accidents aigus du côté de l'abdomen et en particulier du bas-ventre et de la fosse iliaque droite. Elle avait eu déjà une légère crise six mois auparavant. Après l'avoir examinée et constaté la présence d'un gros plastron doublant profondément la paroi abdominale, je portai le diagnostic d'appendicite subaiguë avec formation d'adhérences et je conseillai la temporisation avec surveillance de la malade. Mais dans les jours qui suivirent au plastron fit place une tumeur grosse comme une petite tête de fœtus en même temps que persistaient des phénomènes douloureux, de la fièvre et le point de Mac Burney. Je conseillai d'intervenir pensant à une appendicite compliquée. L'intervention me démontra que j'étais dans le vrai; il s'agissait en effet d'une appendicite avec abcès péri-appendiculaire. La tumeur était constituée par une suppuration des ganglions mésentériques qui formaient une masse bosselée, fluctuante en deux points qui furent incisés et drainés, par la large incision latérale de Max Schüller. L'appendice, non sphacélé, put être enlevé. L'opérée guérit et est actuellement en parfaite santé. Il ne s'agissait pas de

tuberculose. Nous avons vu un certain nombre d'adénites paracæcales mais jamais une masse pareille pouvant en imposer absolument pour un néoplasme.

Nous sommes tous d'accord pour admettre qu'il est absolument impossible de prévoir, d'après les allures du début d'une appendicite, comment elle évoluera. Est-ce une appendice qui va se perforer, se gangréner y aura-t-il régression et résolution de l'inflammatoin? Lorsque l'appendicite crée autour et au devant d'elle le plastron que nous connaissons tous, je suis absolument d'avis de ne pas intervenir et d'attendre pour opérer à froid que les phénomènes aigus aient disparu et avec eux souvent les infiltrations, les petites collections qui constituaient le plastron, quitte à opérer si des signes nous indiquent la formation et la présence d'un abcès.

Quand il s'agit de formes graves d'emblée, que nous sommes appelés dès le début de la crise, il y a pour moi trois signes auxquels j'accorde la plus grande importance et qui me déterminent à agir aussitôt. La violence de la douleur et sa diffusion presque immédiate, dont ont parlé, dans nos dernières séances, nos collègues Quénu et Nélaton, l'aspect général du malade, enfin la qualité du pouls. J'insiste surtout sur ce dernier signe. La fréquence n'est nullement, comme l'a dit si bien Quénu, un signe sur lequel on puisse compter: j'ai opéré, en pleine péritonite, deux malades, dont l'un avait 72, l'autre 82 pulsations, avec une température de 37°5 à 38 degrés. Ce sur quoi j'attire spécialement l'attention, c'est la mollesse de l'ondée sanguine, l'hypotension artérielle; jamais elle ne m'a trompé, et, toutes les fois, j'ai trouvé une péritonite déjà existante ou en train de se diffuser. Ce signe acquiert surtout de l'importance quand on a pu suivre le malade, et, par conséquent, faire la comparaison.

En général, si, appelé auprès d'une appendicite au début, dans les premières quarante-huit heures, je constate la moindre aggravation dans l'un des symptômes essentiels de la maladie, je n'hésite pas à intervenir immédiatement.

Pour que la température à laquelle on attache, à mon avis, trop souvent une grande importance, l'ait effectivement, il faut qu'elle soit en rapport avec le pouls : il faut qu'elle soit prise dans le rectum ou le vagin, la température axillaire nous donnant fréquemment des mécomptes comme exactitude.

La discordance du pouls et de la température est un signe d'infection profonde, mais qui ne doit pas nous empêcher d'intervenir.

Les cas qui nous séparent surtout, radicaux et opportunistes, temporisateurs ou abstentionnistes, comme vous voudrez, sont

ceux qui se présentent au début avec une intensité moyenne et dont quelques-uns, malgré les soins dont le malade est entouré, s'aggravent à un moment donné pour aboutir à la perforation, à la gangrène, à la péritonite.

Il nous est impossible de prévoir ce que deviendra une appendicite aiguë ou subaiguë. Intervenons aussitôt, dès les premières heures, disent nos collègues. Je répondrais affirmativement, si nous n'avions chacun par devers nous des cas où, malgré l'opération faite aussitôt dès les premières heures, les opérés sont morts; je puis vous rapporter, pour ma part, deux morts dans ces conditions, et cela, malgré des lésions en apparence peu graves de l'appendice et autour de lui; si la laparotomie était une opération insignifiante, si un grand nombre de ces cas aboutissaient à des accidents graves la nécessitant secondairement.

Il n'en est rien; la plupart de cette catégorie de malades guérissent, et alors l'opération à froid, si elle est acceptée, donne une sécurité complète au point de vue du présent et de l'avenir.

Je suis donc partisan de l'expectation armée dans ces cas, mais à condition que le chirurgien puisse suivre le cas qui lui est soumis; il faut une surveillance de tous les instants, et être prêt à intervenir au moindre avertissement. Le cas suivant est un type de cette manière de faire : Un jeune enfant de quatre ans est pris, le mercredi, de douleurs vives dans la fosse iliaque droite; il vomit son déjeuner; je le vois le jour même avec un pouls à 86, une température rectale à 38. Il a déjà eu un accident analogue six mois auparavant. Je trouve tous les signes d'une appendicite subaiguë, et je conseille la temporisation, mais à condition de prendre le pouls et la température quatre fois par jour, et de m'avertir au moindre incident. Tout va bien le jeudi, je vois encore l'enfant à 6 h. 1/2 du soir, quand on me prévient le soir à 11 heures que les douleurs sont plus vives et que l'enfant a eu un vomissement et un gros frisson.

Je me rends aussitôt auprès de lui, muni de tout ce qu'il fallait. Je trouve un pouls à 140, une température rectale à 39°9; je diagnostique une perforation que me démontra l'opération pratiquée à 2 heures du matin. L'enfant guérit parfaitement après ablation de l'appendice perforé par une ulcération.

Je suis d'avis que s'il y a le moindre doute sur l'indication, ce doute doit profiter à l'intervention; jamais je ne me suis repenti d'avoir opéré dans ces conditions.

La temporisation est permise quand elle peut être véritablement une expectation armée; il est certain que si le malade ne pouvait être surveillé et opéré aussitôt que cela pourra devenir nécessaire, il vaudrait mieux intervenir dès le début.

En résumé, je ne me rallie pas à une formule thérapeutique intransigeante, qu'à chaque instant, d'ailleurs, ceux mêmes qui veulent l'appliquer sont obligés, d'après les circonstances, de violer; je crois que là comme toujours, le chirurgien doit obéir aux indications; à lui à les rechercher et à en tirer tout ce qui est possible.

Je termine en vous donnant ma statistique de ces trois dernières années jusqu'à ce jour.

Sur 127 appendicites :

35 opérations d'urgence ou à chaud m'ont donné	29 guérisons.	6 morts.
72 opérations à froid m'ont donné. . . .	72 —	
4 opérations à froid avec annexites, m'ont donné	4 guérisons.	

14 malades guéris par l'expectation n'ont pas été opérés secondairement.
2 malades morts, non opérés, de péritonite généralisée.

Comme plusieurs de mes collègues, je suis convaincu de la guérison spontanée possible de l'appendicite. J'ai opéré après des crises très aiguës quatre cas au moins dans lesquels l'examen microscopique fait complètement nous a montré une oblitération totale de la cavité avec atrophie de l'organe. Il est impossible, malheureusement, de nous en assurer autrement que par une intervention, et, par conséquent, d'en tenir compte au point de vue des indications.

M. Jalaguier. — Mes opinions en ce qui concerne la conduite à tenir en présence d'une crise aiguë d'appendicite ont peu varié depuis dix ans. Je suis resté l'adversaire de l'intervention systématique d'emblée. C'est ici même, dans la séance du 9 juin 1892, que j'ai exposé pour la première fois ma manière de voir. Depuis cette époque, j'ai repris cette question dans plusieurs circonstances; dans mon travail du *Traité de chirurgie* (2e édit., t. VI, p. 601, 1898) et dans la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie en 1899 (*Bull. soc. de chir.*, 1er février 1899, p. 114); enfin, il y a deux ans, dans le Rapport dont j'ai été chargé au Congrès international de 1900 (Section de chir. infantile, 7 août 1900), j'ai longuement exposé et discuté, d'après une expérience personnelle, basée à cette époque sur trois cent soixante observations, les indications thérapeutiques dans l'appendicite. Je me suis cru autorisé à conclure que l'intervention était bien rarement indiquée pendant la période aiguë, à condition que

l'appendicite fut correctement et sévèrement traitée dès son début par l'immobilité, la diète absolue, la glace très largement appliquée sur l'abdomen, l'opium quand les douleurs sont très vives; dans les cas graves, les injections massives de sérum artificiel, et, dans tous les cas, l'absence de purgatifs et de lavements.

Je me suis efforcé d'indiquer d'après l'analyse minutieuse des symptômes, les cas très exceptionnels qui réclamaient une intervention immédiate et ceux pour lesquels il valait mieux attendre.

Enfin, j'ai cherché à montrer que, dans quelques cas où l'infection générale était particulièrement intense, l'abstention de tout acte opératoire donnait plus de chances de guérison que l'intervention.

Je ne veux pas reprendre aujourd'hui cet exposé auquel je n'aurais que bien peu à changer, et j'aurais gardé le silence s'il ne m'avait semblé que nos adversaires n'ont pas eu connaissance, ou n'ont pas tenu compte, des faits sur lesquels j'avais basé mes conclusions.

J'ai donné dans mon rapport au Congrès de 1900 la statistique intégrale de tous les malades observés et suivis par moi en crise aiguë et que je n'avais pas considérés comme justiciables d'une intervention immédiate. Cette statistique, arrêtée au 4 août 1900, comprenait 136 cas d'appendicite aiguë.

Sur ces 136 cas, la guérison avec résolution avait été obtenue 121 fois. *Dix* malades avaient dû être opérés à chaud. *Deux* avaient guéri par évacuation spontanée d'abcès par le rectum ou la vessie. Enfin, *trois* malades avaient succombé sans être opérés.

Cette statistique, qui n'est pas une statistique *opératoire*, les partisans de l'intervention systématique d'emblée paraissent l'ignorer. Permettez-moi de la compléter par l'adjonction de 105 nouveaux cas observés par moi-même du 4 août 1900 au 1er novembre 1902.

Sur ces 105 cas, 91 appartiennent à la clientèle de la ville et 14 seulement à la clientèle hospitalière. Cette disproportion s'explique par ce fait que, dans mon service des Enfants-Assistés, les cas d'urgence ne sont pas admis en dehors des heures de consultation.

Sur 105 cas, 100 sont arrivés à résolution, ont été « refroidis », comme on l'a dit, non sans ironie. 1 a été opéré à chaud et a guéri; 2 opérés à chaud dans des conditions déplorables, après échec du traitement médical, ont succombé; 2 sont morts sans être opérés parce que, à aucun moment, l'opération ne m'a semblé praticable avec quelque chance de succès.

En joignant ces 105 cas aux 136 cas de mon relevé du 4 août

1900, j'arrive au chiffre de 241 malades observés par moi en *crise aiguë* et non opérés d'emblée. Or, en chiffres bruts, sur ces 241 malades, 234 ont guéri et 7 ont succombé. On pourra me dire que, si j'avais opéré d'emblée ces derniers, ils auraient guéri. C'est possible, mais je ne le pense pas, étant données les conditions dans lesquelles ils se trouvaient.

Il n'en reste pas moins ce fait indiscutable, c'est que sur 241 malades traités par l'immobilité absolue, la diète, la glace, le sérum dans tous les cas graves, et jamais de purgatifs pendant la crise aiguë — ceci pour répondre à M. Championnière — je n'en ai perdu que 7, ce qui donne entre mes mains, comme mortalité à a méthode dite « opportuniste », environ 3 p. 100.

Aurais-je obtenu de meilleurs résultats en opérant d'emblée ces 241 malades? Je ne puis le croire. Mais je vous affirme que si je le croyais, vous me verriez passer sur l'heure du côté des interventionnistes les plus hâtifs; car, aujourd'hui, avec la publicité retentissante qui a été donnée aux discussions sur le traitement de l'appendicite, la situation d'un opportuniste comme moi est souvent difficile et les responsabilités sont parfois bien lourdes. Mais, pour que je pusse en venir là, il faudrait que les résultats obtenus par les chirurgiens qui interviennent *toujours*, dans *tous* les cas aigus, aussitôt que le diagnostic est posé, et quelle que soit la forme de la maladie, il faudrait, dis-je, que ces résultats fussent meilleurs que ceux que j'obtiens moi-même en n'opérant presque jamais pendant l'évolution des accidents aigus. Il faudrait que le taux de la mortalité dans leurs statistiques *intégrales* fût inférieur à 3 ou 4 p. 100. Je ne parle que des opérations « à chaud », pratiquées par des chirurgiens opérant toujours et quand même, comme mon ami Poirier. Les opérations « à froid » n'ont rien à faire dans cette discussion; c'est pourquoi je m'abstiens de vous donner les résultats de mes opérations « à froid » qui, pourtant, sont nombreuses.

Or, si je compare ma statistique personnelle, *non opératoire*, qui n'est chargée que d'une mortalité de 3 p. 100 (7 morts sur 241 cas aigus soumis au traitement par la diète absolue, ou hydrique, la glace, l'immobilité, etc.), à la statistique opératoire que vient de nous donner Poirier et qui accuse 8 p. 100 de mort dans la clientèle hospitalière, et 30 p. 100 dans la clientèle de la ville, je trouve de telles différences que, pour moi, l'hésitation n'est pas permise. Je crois être dans le vrai en agissant comme j'agis, et je demeure, comme je l'ai toujours été, un adepte convaincu de la doctrine dite « opportuniste ». Plus que jamais, malgré tout ce qui a été dit, je me défie des formules simplistes, quelque séduisantes qu'elles soient. Je m'élève contre la ten-

dance de ceux qui, chez un malade atteint d'appendicite, ne veulent voir que l'appendice et qui en font le foyer d'origine de tous les accidents. Cette conception est exacte dans un grand nombre de cas, je n'en disconviens pas. Mais il en est d'autres, et ce sont les plus redoutables, lorsqu'on les méconnaît, dans lesquels l'appendicite n'est qu'une des manifestations, souvent fort atténuée, d'une infection générale. Dans ces cas, comme je l'ai écrit et répété bien des fois, on risque d'aggraver par un acte opératoire les autres manifestations infectieuses gastro-intestinales ou hépatiques, en faisant échec aux efforts de l'organisme luttant pour éliminer les agents infectieux.

En somme, pour moi, il y a, non pas *une appendicite* toujours identique à elle-même, mais *des appendicites*, d'origine variée, de virulence différente, comportant des indications spéciales suivant les formes, suivant l'époque à laquelle on les observe et suivant la résistance des individus. Et c'est à l'expérience clinique qu'il appartient d'apprécier ces indications. On pourra se tromper quelquefois, car, hélas ! nul n'est infaillible, et l'on perdra toujours quelques malades, mais on en perdra beaucoup moins qu'en obéissant en aveugle à une formule concrète qui n'est de mise ni en médecine ni en chirurgie.

Lecture.

Abcès du foie consécutif à une furonculose,

par M. Dayot, correspondant de la Société de Chirurgie, et M. Robin (de Rennes) (1).

Au mois de janvier 1902, il nous a été donné d'observer une affection qui, rare par elle-même dans nos pays, est encore plus rare par les conditions étiologiques qui l'ont déterminée. Il s'agit d'un abcès du foie survenu chez un jeune homme à la suite d'une poussée de furonculose.

Observations (2). — Le jeune R..., âgé de vingt-deux ans, clerc de notaire, était atteint en novembre 1901 d'une poussée de furoncules de la nuque et du cou, qui s'éteignit au bout d'un mois. Dans ses antécédents personnels, on relève une fièvre typhoïde grave en 1893 et

(1) Travail lu par le secrétaire général.
(2) Rédigée d'après les notes fournies par M. Robin

dans sa petite enfance une attaque de méningite, dont il s'était lentement remis. Ses antécédents héréditaires ne présentent rien à signaler : on ne constate que de l'arthritisme chez ses deux ascendants.

Toutefois, il y a six mois, le jeune R... fit une violente chute de bicyclette et se contusionna, paraît-il, la région de l'abdomen. Il eut en même temps une petite plaie du menton qui guérit rapidement.

Après sa poussée de furoncules, il se remit assez mal de cet état infectieux. L'appétit devint moins bon et il ne pouvait se livrer à aucun travail suivi ni supporter un effort physique prolongé.

Il était toujours dans cet état de fatigue, lorsque, le 7 janvier 1902, survint un sentiment d'accablement et de malaise généralisé, qui l'obligea à s'aliter. La température axillaire prise dans la soirée était à 39 degrés. Le lendemain matin elle atteignait encore 39 degrés, et le soir 39°5.

A ce moment aucune localisation, ni pharyngée, ni abdominale, ni thoracique; pas de céphalée, pas de vomissements ni de diarrhée, le pouls varie entre 90 et 110. Urines claires et abondantes, mais albumineuses.

Dans la nuit du 9 au 10 janvier, R..., est pris d'une douleur aiguë dans la région épigastrique, sur le bord externe du grand droit gauche.

Cette douleur, exaspérée par le moindre mouvement ou le plus léger frôlement ne s'irradie, pas et ne se traduit au palper que par une défense musculaire énergique, localisée à l'épigastre.

Les autres régions de l'abdomen demeurent souples et indolentes : rien en particulier du côté de l'appendice.

La température reste toujours élevée et oscille entre 39 degrés et 39°8 avec pouls variant de 100 à 110, pouls d'ailleurs régulier et bien frappé. Il n'y a toujours ni diarrhée, ni vomissements. L'alimentation par le lait se fait normalement et est bien supportée.

Le 12 janvier, au milieu d'une crise plus douloureuse, le malade, dans un effort de vomissement, rejette, mélangé à du lait, une cuillère à soupe de pus environ, reconnu au microscope. Les selles évacuées spontanément dans la journée en contenaient également.

Aucune tentative de culture ne fut faite à ce moment. L'ouverture de cet abcès dans le tube digestif procura un certain soulagement au malade.

A cette date on trouvait une résistance insolite de toute la région épigastrique, débordant les muscles droits et s'enfonçant sous le bord du thorax. La défense musculaire considérable avait une large part dans la production de ce phénomène, mais il y avait certainement quelque chose d'insolite derrière cette paroi abdominale contracturée ; il y avait d'ailleurs une légère voussure de la région. Il y avait de la matité à la percussion. Traitement glace intra et extra, boissons glacées.

A partir du 12 janvier l'état du malade est celui d'un suppurant.

Sa température présente de grandes oscillations et varie de 37 degrés le matin à 40 degrés le soir. Il y a des sueurs profuses la nuit. Langue humide ; pouls entre 120 et 130. La voussure s'est accusée à droite de la ligne blanche. On sent une tuméfaction résistante, non fluctuante, et indolente.

Le 19 surviennent des vomissements qui entravent l'alimentation et font enfin accepter l'intervention chirurgicale déjà proposée.

L'opération est pratiquée le 21 janvier par M. Dayot, assisté de M. Robin.

M. Bertheux donne le chloroforme.

Anesthésie bien supportée. Précautions antiseptiques habituelles.

Une incision, de 12 à 15 centimètres, sectionne la paroi abdominale, un peu à droite de la ligne blanche, au niveau de la voussure. Elle conduit directement sur le foie, qui semble fortement congestionné. Des adhérences molles, peu serrées, sous la forme de filaments membraneux, relient cet organe au péritoine pariétal, mais la barrière protectrice qu'elles forment est peu résistante et d'une continuité très imparfaite ; le foie se déplace en suivant les mouvements du diaphragme pendant la respiration. Il sera donc bon de défendre la cavité péritonéale contre l'introduction possible du pus.

On pratique une ponction avec un gros trocart s'adaptant à l'appareil aspirateur de Potain, ponction qui donne environ un verre de pus dans le récipient.

Après avoir limité et protégé le champ opératoire et le pourtour de la région ponctionnée avec des compresses chiffonnées de mousseline stérile, on fait, en conservant le trocart comme guide, une incision au thermocautère rouge sombre, qui traverse une épaisseur de parenchyme hépatique d'au moins 2 centimètres. L'hémorragie est insignifiante. Nous faisons une incision longue de 7 à 8 centimètres qui nous mène dans une cavité de la grosseur d'une forte orange, cavité régulière, contenant encore un peu de pus.

Deux petits écarteurs soulèvent et écartent les bords de l'incision hépatique, de façon à rendre aisé l'asséchement de la cavité au moyen de petits tampons stériles, montés sur pinces hémostatiques. Une fois vidé, le foyer est touché avec de la gaze aseptique imbibée d'eau oxygénée.

Un gros drain plongeant dans la cavité et entouré de mèches de gaze iodoformée assure le drainage.

Suture partielle de la paroi, au catgut pour les plans profonds et aux crins de Florence pour la peau. Pansement aseptique compressif.

Suites opératoires très simples. Ablation du drain au quatrième jour, remplacé par une petite mèche de gaze iodoformée.

La température tomba le soir même de l'opération ; l'alimentation fut possible dès le lendemain, et le malade pouvait se lever à la fin de la troisième semaine. Cicatrisation en trente jours.

Actuellement sa santé est très bonne et il a une cicatrice convenable. Le pus recueilli et examiné sur lames et en culture contenait à l'état de pureté du staphylocoque doré, en très grande quantité.

La présence de ce microbe dans cet abcès du foie a permis logiquement d'incriminer la furonculose comme cause de cette infection viscérale. Notre malade a donc eu, pour ainsi dire, « un gros furoncle » de son foie.

Ce fait, des plus rares, est la reproduction de l'observation de Ricord présentée à l'Académie de médecine le 16 octobre 1855, observation de collection hépatique suppurée, consécutive à un anthrax du cuir chevelu.

De simples furoncles, si bénins en apparence, ont suffi ici pour ensemencer le foie et en entraîner la suppuration.

La famille du malade en a fait un accident éloigné mais direct de la chute de bicyclette survenue quelques mois auparavant.

Et d'abord y a-t-il eu contusion hépatique ? Rien ne le prouve et aucun symptôme spécial n'a pu être relevé à cette époque. Si cette contusion a existé, peut-on admettre son influence tardive ? Il est possible qu'un traumatisme du foie crée dans cet organe un « locus minoris resistentiæ » favorisant la localisation d'un processus infectieux. Dans le cas particulier, cette influence ne peut être démontrée.

Il existe dans cette observation un point difficile à élucider. Qu'a été ce vomissement de pus survenu quelques jours après le début de la maladie? Etait-ce l'évacuation spontanée d'une première collection hépatique?

En tout cas, nous ne croyons pas que le foyer traité chirurgicalement ait pu communiquer, à une période quelconque de la maladie, avec la cavité de l'estomac, en raison même de son siège (lobe droit), de sa profondeur et de sa disposition intrinsèque si parfaitement régulière et circonscrite.

Nous sommes intervenus dès qu'il nous a été permis de le faire. Nous eussions voulu opérer dès que nous eûmes la certitude de la suppuration.

Etant donnée l'évolution de l'affection et les circonstances étiologiques de son développement, nous avions tout lieu de croire à l'existence de pus septique, riche en micro organismes. Aussi nous avons trouvé sage de délaisser le procédé de Stromeyer Little pour mettre en pratique la présente méthode qui consiste à éviter, par la ponction après laparotomie, l'effusion du pus sur le champ opératoire, et à scrupuleusement protéger le péritoine contre les inoculations septiques, de quelque côté qu'elles viennent.

Communication.

Deux cas de rupture de la rate, traités par la splénectomie,

par M. VICTOR PAUCHET (d'Amiens),

correspondant national de la Société de Chirurgie.

J'ai eu l'occasion d'opérer en l'espace de six mois, deux ruptures sous-cutanées de la rate. L'un des deux opérés est mort; l'autre a guéri. Voici le résumé des deux observations.

Obs. I. — *Rupture de la rate par coup de pied de cheval. Laparotomie. Lésions localisées à la face interne de l'organe. Splénectomie. Mort au dixième jour.*

Gendarme de trente-quatre ans qui, au cours d'une inspection, reçoit à 10 heures du matin une ruade lancée par un cheval de chasseurs. Le coup porté sur la partie inférieure du thorax, non directement, mais par l'intermédiaire de la giberne, qui conserve l'empreinte du fer. Le blessé tombé sur place, est transporté à la gendarmerie. Le Dr Cohen (Villers-Bocage), voit le malade dans les conditions suivantes : choc assez marqué, pouls petit, facies pâle. Notre confrère fait une injection de caféine et une application de sangsues. A 3 heures de l'après-midi, le pouls parait se remonter, le choc disparaît, le malade boit un verre de grog qui provoque des douleurs gastriques violentes, et se trouve immédiatement rejeté par un vomissement. A 7 heures du soir, le pouls faiblit de nouveau, et je suis convoqué auprès du blessé. A 10 heures du soir je le trouve dans l'état suivant : figure pâle (autant que je puis juger à la lueur d'un phare d'acétylène), *pouls encore bon, mais rapide, respiration courte, défense énergique de la paroi* dans la partie gauche de l'abdomen, l'épigastre et l'ombilic. Je percute légèrement et je constate une submatité très nette dans le flanc gauche. Cette matité toutefois ne paraît pas se modifier avec l'inclinaison du malade en sens opposé. Le ventre présente une légère tendance au ballonnement. Pas d'hématurie, pas d'hématémèse, pas de mœléna. Je conclus à une rupture de la rate, et je décide d'intervenir. Comme le milieu où je me trouve est fort mal disposé pour une opération abdominale grave, je fais transporter le malade à Amiens.

A 6 heures du matin, (20 heures après l'accident), le patient est hospitalisé ; l'état général ne s'est guère modifié depuis la veille. La respiration est courte, le pouls rapide et bien perceptible ; *le ballonnement seul s'est accentué*. J'opère le malade séance tenante avec les Drs Cohen et Blondel. Incision verticale le long du bord gauche du muscle grand droit. Dès l'ouverture péritonéale, un écoulement de sang noir se pro-

duit. J'introduis une compresse que j'étends sur la grosse tubérosité, et appuyant de la main gauche sur l'estomac, je porte prudemment la main droite sur la rate. Cette simple manœuvre provoque immédiatement un flux de sang rouge abondant, qui inonde le champ opératoire. J'essaie de voir d'où vient le sang, mais l'incision est mauvaise et empêche toute exploration. Presque aussitôt le pouls cesse d'être perceptible; le malade se décolore complètement, la respiration se ralentit. J'abaisse rapidement une incision transversale, partant du milieu de l'incision primitive et descendant vers les lombes. Quelques compresses maintiennent imparfaitement l'intestin. Je saisis la rate qui se laisse attirer facilement dans la plaie. Le fait seul de tenir le pédicule splénique entre les doigts arrête instantanément l'hémorragie, et fait cesser tout symptôme alarmant. Je pose un clamp au ras du hile et détache l'organe d'un coup de ciseaux. L'écoulement sanguin continue; j'explore l'intestin, le rein, la coupole diaphragmatique, et j'oblitère deux nouveaux groupes vasculaires, l'un sur la grande courbure de l'estomac, et l'autre dans la concavité du diaphragme.

Les pinces sont remplacées par des ligatures à la soie ; le ventre est fermé, une mèche de gaze est laissée dans l'angle inférieur de la plaie.

Les suites opératoires furent médiocrement bonnes pendant cinq jours. Le pouls restait faible et rapide, la respiration assez courte, la figure fatiguée, la température sublinguale oscillait entre 37°6 et 38°3.

Le sixième jour, j'enlevai le drainage; l'état général du malade paraissait, d'ailleurs, s'améliorer, le sommeil revenait, le pouls reprenait une amplitude normale, la figure était meilleure. Depuis son opétion, le blessé n'avait jamais présenté de troubles abdominaux. L'intestin avait toujours fonctionné; aussi, me crus-je autorisé à l'alimenter. Le neuvième jour, j'enlevai les fils, et je présentai la rate extirpée à la Société médicale de Picardie. Je crus même pouvoir formuler un pronostic favorable tellement l'état de mon malade paraissait satisfaisant.

Le dixième jour, dans la nuit, le blessé s'assit pour boire un verre de lait. Subitement, il fut pris d'un accès de suffocation, et mourut en quelques minutes. L'autopsie n'a pu être faite. Je pense que le patient est mort d'embolie due à une infection légère. Cette infection est probablement venue de la peau trouée de morsures de sangsues, et que j'aurais dû stériliser au thermo.

La rate présentée à la Société médicale de Picardie pesait 350 grammes, les lésions étaient localisées à la face interne, autour du hile. La face externe et le bord étaient normaux. Il est vraisemblable que ce n'est pas le choc direct qui a produit la rupture de l'organe, mais la rencontre de celui-ci avec le rachis. Le sabot du cheval a porté sur la giberne qui a refoulé la paroi thoracique et la rate contre la colonne dorso-lombaire. La face interne de cet organe friable a ainsi éclaté au contact de la surface osseuse. L'hémorragie qui en résulta a dû être en partie arrêtée peu de temps après l'accident par la formation des caillots. L'exploration que je fis après la laparotomie avait dû désagréger les caillots obturateurs et produire l'inondation sanguine qui m'aveugla au cours de l'opération.

Obs. II. — *Division complète de la rate par contusion. Splénectomie. Guérison.*

Le deuxième cas est celui d'un homme de vingt ans qui reçut d'avant en arrière, dans l'hypocondre gauche, le timon d'un chariot; le choc produisit une fracture des côtes 8, 9 et 10. Le malade tomba sans connaissance et fut porté dans son lit. Les médecins de la localité, Debierre et Quentin, conclurent à l'existence de « grave lésion interne »; le Dr Guillaumet (d'Amiens) appelé par la famille fit le diagnostic de rupture de la rate; j'arrivai auprès du blessé dix-huit heures après l'accident. Le pouls qui n'était pas perceptible au moment où notre confrère Guillaumet était arrivé près du patient, se sentait de nouveau, mais rapide et très dépressible ; *toute* la paroi abdominale se tétanisait sous la palpation, je ne pus percuter par suite de cette défense musculaire.

Le blessé fut chloroformé par MM. Debierre et Quentin; le Dr Guillaumet voulut bien m'assister directement.

Je fis une ouverture abdominale de 20 centimètres, à peu près parallèle au rebord costal et menée à deux travers de doigt de ce dernier. L'extrémité postérieure de l'incision entama le méso-côlon descendant que je dus suturer à la soie. Dès l'ouverture du ventre, du sang noir liquide et des caillots firent irruption ; le paquet gastro-intestinal fut maintenu par des compresses pendant toute l'opération. Je portai la main vers la rate, je la sentis divisée en deux suivant son grand axe. Cette exploration provoqua un nouveau suintement de sang rouge, mais sans caractère inquiétant.

Je plaçai sur le pédicule splénique et par étages quatre clamps à hystérectomie coupant le pédicule au fur et à mesure de l'hémostase. Le dernier clamp fut posé sur le ligament spléno-phrénique ; les deux fragments qui n'étaient plus unis que par les vaisseaux du hile furent détachés séparément. Je ferai remarquer que, contrairement à ce qui se produisit dans le premier cas, la rate ne put être amenée dans la plaie, je n'avais point de second aide pour soulever le rebord costal, aussi toute l'hémostase fut-elle exécutée avec le seul contrôle des doigts.

Quand les clamps furent placés, l'hémorragie cessa. Comme le malade était déprimé, je laissai les pinces à demeure en les entourant de quelques mèches de gaze. La plaie fut refermée par des points séparés à la soie. L'orifice de sortie des pinces se trouvait sur la ligne axillaire antérieure.

Les suites opératoires furent des plus bénignes; les pinces furent enlevées au bout de quarante-huit heures, et les mèches le cinquième jour.

Le douzième jour, la température monta à 38 degrés, et le treizième jour à 38°4. Je désunis alors la plaie au point où les pinces à demeure sortaient durant les premiers jours. Par cet orifice, j'introduisis un long clamp courbe se dirigeant vers l'ancien foyer opératoire. J'évacuai un verre à vin environ de sérosité roussâtre, un drain fut introduit et laissé pendant cinq jours.

Un mois après l'opération, le malade se levait tout à fait guéri, avec une paroi solide.

Ces deux observations m'ont suggéré les réflexions suivantes :

1° *La meilleure incision* pour aborder la rate est presque transversale et parallèle au rebord costal gauche. On ne peut y avoir recours toutefois qu'après avoir posé le diagnostic de la lésion splénique ;

2° *Il y a des rates mobiles* qui peuvent être amenées facilement dans la plaie, et *des rates fixes* qui ne se laissent pas facilement attirer ;

3° Pour faciliter les manœuvres, une *résection du bord costal* donnerait un jour appréciable. Mais je doute que les malades puissent supporter ce complément opératoire ;

4° *L'hémostase* doit être faite avec beaucoup de soin. On doit se souvenir qne le pédicule splénique est fort large, et que son bord supérieur s'insère au diaphragme. Si quelques vaisseaux ont échappé au mors de la pince, il faut pour découvrir le point saignant dans la coupole phrénique ou sur l'estomac, manipuler le paquet gastro-intestinal et prolonger l'intervention. Somme toute, je crois que dans les cas de rupture de la rate où le but du chirurgien est d'aller rapidement tarir l'hémorragie, le mieux est d'ouvrir l'abdomen dans le voisinage le plus immédiat de la rate, saisir le pédicule splénique de la main gauche, placer des clamps prudemment de la main droite, détacher l'organe, et fermer la plaie en laissant les pinces à demeure.

Présentations de malades.

Rétrécissement cancéreux du jéjunum, entéro-anastomose avec bouton de Murphy. — Expulsion rapide du bouton. — Guérison.

M. Routier. — La femme que je vous présente a trente-cinq ans, elle m'a été passée par mon collègue Barth dans un état des plus précaires, très amaigrie, le pouls misérable, 36°8, les yeux caves, le 29 novembre dernier.

Il y a deux mois, elle nourrissait encore son dernier né, quand elle fut prise de vomissements avec douleurs épigastriques.

Ces vomissements très copieux, très colorés en vert, se reproduisaient tous les jours un certain temps après les repas.

Elle n'a jamais eu ni mélæna, ni hématémèses. L'estomac est dilaté, clapotant; le lavage stomacal ramène toujours un liquide verdâtre abondant, avec de nombreux grumeaux alimentaires.

La palpation la plus minutieuse répétée par Barth et par moi

ne nous a jamais permis de sentir une tumeur quelconque. Cependant le droit antérieur gauche résiste plus que le droit.

Devant cette impossibilité absolue de se nourrir, une intervention est décidée.

Le 29 novembre, laparotomie : estomac distendu, pas de tumeur. Duodénum très distendu, ainsi que les premiers 20 centimètres du jéjunum ; la tunique musculaire de cette portion de l'intestin paraît extrêmement hypertrophiée.

A 20 centimètres environ de la terminaison du duodénum, l'intestin est enserré par une tumeur dure qui fait comme une ligature de 2 centimètres de largeur, d'aspect gris jaunâtre ; dans le mésentère correspondant, il existe un triangle à base postérieure du côté de l'insertion lombaire du méso, à sommet correspondant à la tumeur intestinale, triangle d'aspect jaunâtre, dur, épais, parsemé de bosselures qui sont des ganglions ; on suit une chaîne ganglionnaire aussi loin que le doigt puisse aller.

Tout cela m'oblige à limiter mon intervention, et je me décide à faire une entéro-anastomose en excluant l'obstacle au cours des matières.

Pour aller plus vite, à cause de l'état très précaire de la malade, j'emploie le bouton de Murphy.

Je vous présente la feuille de température, vous verrez que la réaction fut nulle, la malade avait 36°8 elle monta à 37 degrés, et ne vomit plus dès que l'opération fut terminée.

Le 6 décembre au matin, sans cause, alors qu'elle allait à merveille et qu'elle se nourrissait bien, elle eut 40°2 sans que son état général parût alarmant, dès le soir elle avait du reste à nouveau 37 degrés, et ne quittait plus cette température apyrétique :

Mais le 8 elle avait une diarrhée épouvantable, et le 9 au matin, elle rendait le bouton de Murphy qu'elle n'a donc conservé que dix jours.

Cette malade est le second cas que j'observe de rétrécissement cancéreux des premières portions de l'intestin, rétrécissement qui en impose pour des obstructions pyloriques.

En 1898, je vous ai déjà présenté un malade très analogue, mais chez lequel le cancer était tellement haut, tout à fait à l'origine du jéjunum, que je crus devoir pour mieux assurer la circulation des matières intestinales faire non seulement une entéro-anastomose, mais encore un gastro-entéro-anastomose.

J'avais fait la gastro-entéro-anastomose avec le bouton de Murphy, et l'entéro-anastomose avec une suture au fil.

Le malade vécut deux ans.

Si on fait bien attention à la manière dont se reproduisent les

vomissements, à leur extrême abondance, à leur coloration toujours verte et vert foncé, on peut même en l'absence de renseignements fournis par la palpation faire le diagnostic de la localisation du cancer.

Anévrisme du tronc brachio-céphalique, avec subluxation de la clavicule, guéri par la ligature simultanée de la carotide primitive droite et de la sous-clavière droite.

M. Gérard Marchant présente un malade dont voici l'observation recueillie par M. Ball, interne des Hôpitaux :

F..., quarante ans, maçon, entre le 3 juillet 1902 dans mon service.

Antécédents héréditaires. — Aucun antécédent héréditaire important à signaler.

Antécédents personnels. — Le malade ne se souvient pas de ses maladies d'enfance.

Il avoue avoir eu, dans sa jeunesse, trois ou quatre blennorragies. Il semble aussi qu'il ait eu un chancre mou, suivi d'un bubon volumineux qui nécessita l'incision.

Il nie la syphilis; interrogé minutieusement, il semble bien qu'il en soit indemne.

Il a fait son service militaire au Tonkin, mais il n'a jamais eu de *fièvres* paludéennes.

Il n'avoue *aucun accès alcoolique.*

Il exerce le métier de *maçon*, que sa santé générale, bonne, lui a toujours permis d'accomplir sans difficulté.

Il a travaillé jusqu'à ces derniers jours.

Il vient à l'hôpital pour une *tumeur* qu'il présente à la base du cou.

Il y a *six mois* environ, il s'est aperçu d'une « grosseur », du volume d'une noix, siégeant à la base du cou; ce sont les *douleurs* qu'il éprouvait à l'épaule droite et à la nuque qui ont attiré son attention sur elle.

Peu à peu, la tumeur a grossi, les douleurs ont augmenté. Le malade compare celles-ci à des élancements, des tiraillements fort pénibles; leur violence est telle actuellement qu'elles l'ont forcé à interrompre ces jours-ci son travail.

Examen, 3 juillet. — Le malade semble bien portant; ses fonctions s'accomplissent toutes normalement.

L'appareil respiratoire est en bon état.

Les fonctions digestives sont normales, l'appétit est excellent.

Le foie et la rate sont normaux.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le cou et le thorax mis à découvert, on aperçoit une tumeur du volume d'une mandarine, située à la base du cou, au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite, *subluxée en avant.* Elle s'étend en

largeur jusqu'à l'articulation symétrique, et dépasse de deux ou trois travers de doigt le sternum et la clavicule.

La *peau*, à son niveau, est un peu plus rouge que les téguments voisins.

La tumeur est animée de *mouvements d'expansion*.

A la palpation, l'on constate des *battements* synchrones aux battements cardiaques. On perçoit un léger *thrill*.

La percussion dénote une *matité* occupant les régions indiquées plus haut.

A l'auscultation l'on entend un *souffle* systolique et *deux battements* très nets.

Le *pouls* est synchrone aux deux artères radiale et temporale, il n'y a de retard d'aucun côté.

La face et le cou ne présentent *pas d'œdème*.

Il n'y a *ni signes de compression* du pneumo-gastrique (le nombre des pulsations est normal. le rythme cardiaque régulier) — ni du sympathique (ni troubles vaso-moteurs, ni phénomènes oculo-pupillaires, ni inégalité pupillaire).

La sensibilité objective n'est troublée ni au cou, ni à l'épaule, ni au membre supérieur.

Les troubles de la *sensibilité subjective* se traduisent par des élancements, des sensations de tiraillement, de broiement dans le cou, la nuque, l'épaule droite, sans descendre plus bas. Ces douleurs vont en augmentant chaque jour, au point d'être devenues intolérables au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

La tête est immobilisée, le malade ne peut lui imprimer le moindre mouvement de rotation ou d'abaissement qu'avec la plus grande peine et au prix de vives souffrances.

Il lui est très pénible de s'asseoir sur son lit. Des injections de morphine ont été nécessaires pour calmer ces douleurs.

Le malade a été soumis à l'*iodure de potassium* à haute dose, bien qu'il ait assuré avoir déjà subi ce traitement sans résultat.

Aucun changement local ne s'étant produit depuis le jour de son entrée et les douleurs augmentant, l'opération est pratiquée, sous l'éther, le 17 *juillet* 1902.

Opération. — Ligature de l'artère carotide primitive droite et de la sous-clavière droite.

1° *Ligature de l'artère carotide primitive droite.*

La tête est tournée du côté sain, un coussin la soulève. Incision de 7 centimètres partant de la grande corne de l'os hyoïde, le long du bord du sterno-mastoïdien.

Section du peaucier, de l'aponévrose. Le bord du muscle est mobilisé, on remet la tête droite ; on accroche le paquet vasculo-nerveux, en écartant le larynx ; on déchire la gaine près de celui-ci, et on charge de dehors en dedans.

Ligature à la soie.

2° *Ligature de la sous-clavière.*

On fait une incision de 7 centimètres, parallèle à la clavicule, à un

centimètre au-dessus de celle-ci, finissant à 4 centimètres environ de l'articulation sterno-claviculaire *subluxée* par l'anévrisme.

On incise le peaucier et l'aponévrose cervicale superficielle.

On rejette la veine jugulaire externe en dehors.

On déchire l'aponévrose à un doigt en dedans du milieu de la clavicule et contre celle-ci; on reconnaît l'artère appuyée sur la côte, en dehors du tendon du scalène antérieur;

On déchire sa gaine cellulaire avec une sonde;

On attire enfin l'artère, du doigt, vers le tubercule de Lisfranc, on charge de dehors en dedans.

Ligature à la soie.

Immédiatement après l'opération, on constate que la pupille droite est en myosis, par rapport à la gauche; le réflexe conjonctival est affaibli à droite, par comparaison.

18 *juillet* (lendemain de l'opération). — Le malade se sent bien, ne souffre pas. Légère céphalée. L'inégalité pupillaire persiste; il n'y a pas de pouls radial, peut-être un léger frémissement.

19 *juillet*. — L'inégalité pupillaire a disparu, le pouls n'est pas perceptible.

Jours suivants. *Disparition complète* des douleurs que le malade éprouvait avant l'opération; il peut maintenant s'asseoir, remuer la tête facilement et sans souffrances.

Santé générale excellente.

Le *pansement* est défait dix jours après l'opération pour enlever les fils. Les deux plaies sont bien cicatrisées. La tumeur a notablement *diminué* de volume, les *battements* sont moins forts, le *souffle* a presque disparu.

A la sortie (7 août), la tumeur a disparu, mais le souffle et les battements persistent.

Le malade porte une pelote comprimant la région de la tumeur.

Le malade revient se faire examiner le 18 *décembre* (cinq mois après l'opération). Il a toujours porté sa pelote. Sa santé est excellente; il ne ressent plus que des douleurs légères et vagues et a pu *reprendre* son travail.

La tumeur a complètement disparu. L'auscultation du cœur fait entendre des *bruits* éclatants dont le maximum est à l'orifice aortique.

Pas de souffle.

Bras droit. — Atrophie légère du bras droit (mensuration à la partie moyenne, à gauche : 27 centimètres; à droite : 25).

Pas de différence appréciable à l'avant-bras (le malade n'est pas gaucher).

La fatigue du bras droit est assez rapide, sans cependant gêner beaucoup le travail.

Légères douleurs vagues et très supportables.

L'on ne sent pas le pouls radial.

C'est le second malade que j'opère ainsi et chez lequel j'ai obtenu la guérison. Le premier, opéré il y a quatre ans, à Tenon, a été présenté à l'Académie de médecine et a été l'objet d'un rapport étudié du professeur Le Dentu.

Consolidation irréprochable d'une fracture de l'olécrane avec conservation de tous les mouvements, par les appareils et le massage.

M. Paul Berger. — Le malade que je vous présente n'est plus un jeune homme; il est âgé de plus de cinquante-neuf ans, et l'on sait combien à cet âge les raideurs sont à craindre dans le traitement des fractures articulaires. Il est entré il y a un peu plus de trois semaines dans mon service pour une fracture du col de l'olécrane, siégeant à droite, et compliquée d'un volumineux épanchement sanguin articulaire et périarticulaire, faisant saillie entre les fragments dont l'écartement, variable suivant la position du membre, atteignait un bon travers de doigt dans la flexion. J'étais disposé tout d'abord à pratiquer le cerclage de l'olécrane, mais je me décidai à recourir à la méthode non sanglante à laquelle, depuis quelque temps, j'ai dû de très beaux succès.

Le traitement a consisté :

1° Dans un massage préalable suivi de la compression du membre, placé dans l'extension au moyen d'un appareil ouaté de Guérin laissé en place trois jours.

2° Au bout de ce temps dans l'application d'une attelle plâtrée sur la face antérieure du bras, du coude et de l'avant-bras placés dans l'extension. — Au moyen de bandelettes de diachylon dont le milieu embrassait le sommet de l'olécrane, dont les chefs étaient ramenés en avant et en bas pour se croiser et se fixer sur la face antérieure de l'attelle plâtrée, le fragment olécranien fut attiré en bas et maintenu au contact du cubitus : d'autres bandelettes, circulairement disposées autour du coude empêchaient l'extrémité inférieure du fragment olécranien de basculer en arrière. — Pardessus cet appareil on appliqua une attelle amovible moulée sur la face postérieure du membre. Cet appareil fut laissé en place jusqu'au quatorzième jour.

3° A partir de ce moment l'appareil fut enlevé tous les jours pour pratiquer une séance de massage suivie de mobilisation; l'attelle antérieure fut définitivement supprimée le vingtième jour.

Vous pouvez constater que le membre jouit de la totalité de ses

mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination ;

L'extension active du coude se fait dans l'élévation du bras, contre l'action de la pesanteur, il n'y a aucun écartement des fragments.

Il faut avoir soin quand on emploie ce traitement de commencer les massages et la mobilisation au bout de douze ou quatorze jours au plus, dès que les adhésions des fragments paraissent établies ; dans les exercices de flexion passive, j'ai coutume de soutenir, de refouler en bas l'olécrane avec les deux pouces ; c'est même par la pression des deux pouces sur le sommet de l'olécrane que j'opère la flexion, afin d'empêcher la désunion des fragments.

J'ai traité un certain nombre de sujets, ayant dépassé l'âge moyen, par ce procédé ; dans tous les cas où il a été dirigé avec l'attention et le soin nécessaires, il m'a donné un résultat fonctionnel presque parfait. Aussi, quoique j'aie été le premier en France à pratiquer la suture de l'olécrane, et que j'aie inventé le cerclage métallique qui en est le perfectionnement, je n'hésite pas à reconnaître que, dans le traitement des fractures de l'olécrane, les indications des opérations sanglantes sont des plus restreintes et que là, comme dans presque toutes les fractures, on arrive par des moyens simples et à la portée de tous à obtenir une restitution aussi complète que possible de l'intégrité anatomique et physiologique du membre.

M. Schwartz. — J'ai vu un cas analogue, mais chez une jeune femme. Je l'ai immobilisée en extension quinze jours ; puis, je l'ai fait masser en faisant prendre la précaution de maintenir l'olécrane pendant le massage et la mobilisation, et le résultat a été parfait.

M. Berger. — J'insiste sur l'intérêt qu'il y a à ne pas prolonger l'immobilisation pendant plus de douze à quinze jours.

M. Morestin présente un malade opéré d'une hernie inguinale par glissement selon le procédé qu'il a décrit au Congrès de 1900. Rapporteur, M. Lejars.

Présentations de pièces.

M. Berger présente en outre un volumineux calcul urétral, mesurant 7 centimètres de long et 9 centimètres de circonférence, envoyé par M. Ramaroni, de Bastia.

Néoplasmes associés.

Par M. CH. MONOD.

Les hasards de la clinique m'ont donné l'occasion d'observer successivement deux cas d'association de néoplasmes qui me semblent, tant au point de vue anatomique qu'à celui des indications et de la technique opératoires, présenter quelque intérêt.

Je résumerai ces deux faits en les faisant suivre de courtes réflexions.

1° *Kyste volumineux de l'ovaire et fibromes utérins concomitants. — Ovariotomie et hystérectomie abdominale supra-vaginale. — Guérison.*

Mme X..., trente-sept ans, entrait il y a quelques jours à l'hôpital Saint-Antoine pour se faire opérer d'une énorme tumeur évidemment liquide de l'abdomen. Le diagnostic de kyste de l'ovaire s'imposait. On se souvint plus tard que le toucher vaginal avait permis de reconnaître chez cette femme au fond du cul-de-sac droit l'existence d'une partie dure, qui correspondait, comme l'événement le montra, à un fibrome concomitant. Mais, sur le moment, on n'attacha pas d'importance à ce fait, l'induration constatée pouvant être rapportée soit à l'utérus lui-même déplacé, soit à des parties kystiques conglomérées et donnant la sensation d'une masse solide. La malade, bien réglée, n'avait d'ailleurs jamais eu de perte sanguine.

Opération le 18 décembre 1902. — L'ablation du kyste ne présenta aucune difficulté particulière, à ceci près que, la tumeur étant composée de loges multiples, distendues par un liquide épais et coulant mal, je fus vite obligé de renoncer à réduire cette énorme tumeur (qui remontait jusqu'au rebord thoracique) par des ponctions successives. Après avoir exactement protégé tout son pourtour, je dus fendre largement la paroi du kyste et aller, avec la main et les ciseaux, ouvrir et évacuer les nombreuses poches qui proéminaient dans la cavité principale. La masse, considérablement diminuée par cette manœuvre, put alors être amenée hors du ventre. Son pédicule large mais mince, inséré sur la corne utérine gauche, est lié au catgut, puis sectionné. Le premier acte de l'opération est achevé.

Je vis aussitôt qu'il ne devait pas être le seul. Je constatai, en effet, que outre un corps fibreux sous-péritonéal du volume d'une orange,

appendu à la corne droite de l'utérus, et dont l'ablation aurait été facile, il existait dans la fosse iliaque gauche et plongeant dans le petit bassin, recouvertes par le ligament large et se dessinant sous la séreuse, une série de masses arrondies, qui n'étaient autres qu'un amas de tumeurs fibreuses intra-ligamentaires.

L'ablation de ces tumeurs après incision de leur revêtement péritonéal et énucléation successive eût été laborieuse. L'utérus était d'ailleurs lui-même volumineux, et en explorant son bord droit je reconnus dans son épaisseur l'existence d'une troisième masse fibreuse, celle-ci interstitielle, profondément enclavée et masquant le segment sus-vaginal de l'organe avec lequel elle se confondait.

Il n'y avait pas à hésiter dans ces conditions à faire le sacrifice de l'utérus. Mon plan fut de l'aborder par son bord droit, afin d'atteindre de bas en haut, après section transversale du col, les masses intra-ligamentaires gauches, dont l'ablation devait par ce moyen être singulièrement facilitée.

Je commence donc par sectionner entre deux pinces le bord supérieur du ligament large droit, assurant ainsi l'hémostase des utéro-ovariennes. Après avoir libéré et refoulé la vessie à l'aide d'une incision transversale menée sur la face antérieure de l'utérus, je vais à l'utérine droite que je saisis au jugé sans avoir pu la reconnaître exactement.

L'ablation de l'utérus se poursuit « à l'américaine », par section du col suivie du pincement et de la division de l'utérine gauche. L'organe ne tient plus que par l'aileron ligamenteux gauche, dans lequel sont incluses les tumeurs fibreuses multiples sus-mentionnées. Celles-ci se laissent, comme je le pensais, facilement énucléer. Accolées à l'utérus, elles le suivent dans le mouvement de bascule imprimé à ce dernier, que je libère définitivement par pincement et section des utéro-ovariennes gauches.

L'opération s'achève à l'ordinaire : cautérisation de la cavité ouverte du col; surjet occlusif et hémostatique au catgut sur la tranche de section de celui-ci ; réfection du péritoine pelvien à l'aide d'un second surjet au catgut qui enfouit les quatre ligatures placées sur les utéro-ovariennes et sur les utérines.

Un drain est placé dans le cul-de-sac de Douglas et la plaie est fermée, comme je le fais d'habitude, par un seul plan de suture, au crin de Florence.

J'ai déjà, à propos d'une observation du Dr Girou, chirurgien de l'hôpital d'Aurillac, et de faits personnels semblables au sien, eu occasion d'attirer votre attention sur la coexistence, chez certains malades, de kystes de l'ovaire et de fibromes de l'utérus (1). J'ai discuté devant vous, en m'appuyant sur un mémoire écrit sur ce

(1) Kyste volumineux du ligament large et fibrome sous-péritonéal du fond de l'utérus. Ovariotomie et ablation du fibrome. Guérison, par M. Girou (d'Aurillac). Rapport par M. Ch. Monod, *Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1900, t. XXVI, p. 575.

sujet par notre collègue Eugène Monod (de Bordeaux) (1), la conduite à tenir en pareil cas. Plus hardi que ne pouvait l'être le chirurgien de Bordeaux, d'après les documents qu'il avait recueillis, j'avais conclu au sacrifice de l'utérus, toutes les fois que les circonstances l'exigeaient. Le fait que je viens de vous rapporter me confirme dans cette manière de voir. En effet, dans ce cas, comme dans ceux dont je vous ai déjà entretenus, ma malade n'a pas eu à regretter l'intervention radicale qu'elle a eu à subir. Les suites opératoires ont été parfaites, et elle peut aujourd'hui, après huit jours passés sans incident d'aucune sorte, être considérée comme guérie.

2° *Sarcome de l'ovaire gauche et cancer intra-utérin concomitant. Ablation de la tumeur ovarienne, nécessitant la résection de l'S iliaque sur une longueur de 15 centimètres, suivie de la réunion bout à bout de l'anse coupée. — Ablation de l'utérus. — Guérison opératoire.*

Mme X..., cinquante deux ans, m'est adressée par mon ancien élève et ami, le Dr Godinat (de Châteauroux), pour une tumeur du ventre, dépassant l'ombilic, de consistance ferme, régulière de forme, offrant toutes les apparences extérieures d'un fibrome utérin.

Ce diagnostic s'appuie en outre sur l'existence de métrorragies antérieures, aujourd'hui arrêtées et sur l'intégrité absolue du col, soit au toucher, soit au spéculum. L'hystéromètre ne pénètre pas dans la cavité utérine, ce que j'explique par la présence du fibrome développé dans les parois de l'organe. Cette tentative de pénétration, que je me garde au reste de pousser à fond, ne ramène pas une goutte de sang.

Le fond de l'utérus ne peut être senti; il doit, pensais-je, se confondre avec la masse qui l'avoisine. D'ailleurs toute pression sur celle-ci est facilement transmise au doigt maintenu dans le vagin au contact du col.

Tout parlait donc en faveur du diagnostic de fibrome : consistance de la tumeur, métrorragies avec col sain, l'état général, enfin, de la malade qui était relativement bon. Elle n'avait pas sensiblement maigri ni pâli, et du moins, si elle avait subi un certain degré de déchéance, celle-ci semblait pouvoir être mise au compte des pertes subies.

Un seul fait noté par moi dans l'interrogatoire de cette dame aurait dû éveiller mon attention. Elle racontait qu'elle avait à une certaine époque perdu des « saletés » par le vagin. Je n'attachais pas sur l'heure autrement attention à ce renseignement, et cela d'autant moins que je ne trouvais pas trace d'écoulement ni sur les linges de la malade ni à l'examen direct.

(1) Monod (Eugène). De la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes de l'utérus. Indications opératoires qui en résultent, *Archives cliniq. de Bordeaux*, novembre 1892.

Je m'en suis donc tenu au diagnostic de fibrome. Or, pour le dire de suite, l'erreur était complète. La tumeur principale était constituée par un sarcome végétant de l'ovaire gauche, et les métrorragies s'expliquaient par l'existence d'un cancer concomitant de la muqueuse utérine.

Je dois ajouter cependant que malgré le diagnostic posé, je conservais une arrière-pensée, dont je n'arrivais pas à préciser la portée, — à telles enseignes que redoutant quelque surprise au cours de l'intervention je crus devoir prier notre jeune collègue, mon excellent ami le Dr Robineau, de vouloir bien se joindre à mes aides habituels pour me prêter assistance. Vous verrez que je n'eus pas à le regretter.

L'*opération* eut lieu le 8 décembre dernier. A peine le ventre ouvert, nous reconnûmes que la tumeur qui le distendait n'était pas un fibrome; elle était constituée par une masse d'aspect charnu, de coloration violacée, grossièrement lobulée, recouverte par une mince enveloppe à travers laquelle elle transparaissait. Ses contours étaient mal limités; en connexion intime avec l'utérus d'une part et les anses intestinales de l'autre elle s'enfonçait profondément dans le petit bassin où elle semblait fixée par une large base. Il s'agissait évidemment là d'une tumeur néoplasique des annexes gauches, dont l'ablation ne devait pas se faire sans peine.

Je cherchai et finis par trouver en arrière une sorte de plan de clivage qui me permit d'atteindre les parties basses de cette production et d'en amener un gros fragment en dehors. Je dis un fragment, car le tissu néoplasique sans résistance se déchira en partie sous cet effort de libération et c'est par lambeaux que je dus en poursuivre l'extraction.

Comme celle-ci demeurait évidemment incomplète et comme d'autre part toute la cavité de décortication fournissait un suintement sanguin notable, je crus sage, pour bien mettre le champ opératoire à découvert, de pratiquer l'extirpation de l'utérus lui-même. Celui-ci confinait du reste, comme on le pense, de très près à la masse néoplasique; je dus même détacher de son bord droit une anse intestinale grêle partiellement envahie et tellement adhérente que pour la libérer, sans l'ouvrir, il fallut sculpter dans l'épaisseur même de la paroi utérine.

Je passe rapidement sur le temps de l'hystérectomie que, pour aller plus vite et pour simplifier, je fis supra-vaginale comme dans le cas précédent.

L'utérus enlevé, et la cavité du petit bassin ainsi largement mise à nu, j'achevai l'ablation des débris de la masse néoplasique qui avaient pu m'échapper.

Restait cependant encore toute une portion de celle-ci, manifestement adhérente au gros intestin dont j'avais réservé à dessein l'examen et la libération. Je dus constater qu'en ce point l'S iliaque semblait pénétrer et se perdre dans le tissu néoplasique et en ressortir à la hauteur du promontoire, ou en d'autres termes, que la terminaison de l'S iliaque et la première portion du rectum étaient comme fusionnées avec la tumeur. Le seul moyen d'enlever toutes les parties malades était de sacrifier en même temps la portion attenante de l'intestin, et

cela d'autant plus que la paroi de ce dernier avait partiellement cédé — sans doute dans la tentative de décortication du début — et que la cavité intestinale était ouverte.

La résection de la fin de l'S iliaque et de la partie supérieure du rectum, sur une étendue de 15 centimètres environ, suivie de la réunion bout à bout des deux tranches de section, constituèrent donc le troisième et dernier temps de cette opération laborieuse.

Opération forcément incomplète d'ailleurs, car je ne puis me flatter d'avoir poursuivi jusque dans ses derniers retranchements un tissu néoplasique qui tendait à s'infiltrer dans les parties voisines.

Jusqu'ici cependant (quinze jours après l'intervention), la malade supporte bien le gros assaut qu'elle a subi. La température et le pouls sont restés à la normale. Le choc opératoire a été nul. La suture intestinale a dû céder en un point; en effet après une selle arrivée spontanément et sans accident le quatrième jour, les matières, lors d'une seconde évacuation provoquée par une purgation le huitième jour, ont partiellement passé par l'extrémité inférieure, drainée, de la plaie. Actuellement cet incident a pris fin, mais il en est naturellement résulté une infection du trajet du drain et une suppuration limitée qui va de jour en jour en diminuant. L'état général continue à être excellent.

La guérison opératoire peut être considérée comme assurée, toutes réserves devant être évidemment faites pour l'avenir réservé à la malade.

L'examen des pièces que je vous présente nous réservait une dernière surprise.

Nous avions déjà constaté, non sans étonnement, que la cavité utérine était occupée par une masse infiltrée dans la muqueuse, qui nous sembla à première vue de même nature que celle de la tumeur principale.

Or il n'en est rien. Il résulte en effet de l'examen pratiqué par mon collègue M. le Dr Macaigne, que les deux tissus néoplasiques intra ou extra-utérin sont essentiellement différents. La cavité utérine et la paroi voisine de l'organe sont envahies par un cancer (épithélioma) dont le point de départ est dans la muqueuse. La masse extra-utérine est manifestement un sarcome dont l'origine est sans doute dans l'ovaire ou la trompe.

1° *Tumeur utérine* (1). — Cette tumeur a tous les caractères de l'épithélioma tubulé. — Ce sont en effet des boyaux de grosses cellules, de diamètres des plus variables, se ramifiant, s'anastomosant, séparés les unes des autres par des tractus conjonctifs plus ou moins épais. En certains endroits ils forment des amas ou groupes de boyaux en coupe oblique ou transversale, ayant par suite une forme arrondie ou ovoïde, séparés entre eux par de minces tractus conjonctifs disposés en trame alvéolaire. Ailleurs

les boyaux sont épais, arrondis et s'insinuent entre les faisceaux du muscle utérin.

Les cellules ont un grand noyau ovoïde, peu coloré; elles sont généralement très abondantes, tassées les unes sur les autres. Elles ont perdu tout caractère original. Toutefois en certains points elles reprennent le type de cellules cylindriques, ce qui ferait localiser l'origine de ce cancer soit dans la muqueuse du corps, soit dans celle de la partie supérieure du corps.

2° *Tumeur extra-utérine.* — Cette masse est déjà bien différente macroscopiquement. Tandis que la tumeur utérine est d'un blanc mat, granuleuse et friable, celle-ci sur la coupe est blanc gris rosé, brillante, lisse, non friable, mais au contraire souple et élastique, ressemblant à un sarcome.

L'examen histologique confirme cette impression.

En effet, cette tumeur est uniquement constituée par des cellules ou rondes ou fusiformes souvent orientées en tourbillons autour de néo-vaisseaux sans paroi; c'est un type de sarcome à la fois globo et fuso-cellulaire.

Remarques. — Ce fait, — en dehors de son intérêt au point de vue anatomo-pathologique, — comporte, il me semble, un double enseignement clinique.

Il montre, d'une part, la difficulté d'un diagnostic précis dans les cas de ce genre qui sont en dehors de toutes les hypothèses plausibles — et, de l'autre, la possibilité de mener à bien, sans compromettre l'existence du sujet, une opération très complexe.

Il me permet du moins de redire, comme je le faisais dans mon rapport de 1900, — et mes deux observations de ce jour donnent un nouvel appui à cette opinion — que l'extraction de l'utérus n'augmente pas sensiblement la gravité d'une opération dont l'objectif principal est l'ablation d'une tumeur des annexes, et que l'on doit y procéder toutes les fois que ce complément semble nécessaire ou seulement utile au bon achèvement de l'acte opératoire ou au succès thérapeutique.

Présentation d'instrument.

M. Luys présente un *uréthroscope.*

---

(1) Note par M. Macaigne, médecin des hôpitaux.

La Société décide qu'elle ne se réunira pas le mercredi 31 décembre. La prochaine réunion aura lieu le 7 janvier.

Élections.

Nomination du bureau pour 1903.

Nomination du Président.

Nombre de votants : 33. — Majorité : 17.

M. Kirmisson	obtient :	29	voix.
M. Rochard	—	2	—
M. Peyrot	—	1	—
Bulletin blanc		1	—

En conséquence, M. Kirmisson est nommé Président de la Société de Chirurgie pour l'année 1903.

Nomination du Vice-président.

Nombre de votants : 33. — Majorité : 17.

M. Peyrot	obtient :	31	voix.
M. Demoulin.	—	1	—
M. Poirier	—	1	—

En conséquence, M. Peyrot est nommé Vice-président.

Nomination du premier Secrétaire annuel.

Nombre de votants : 29. — Majorité : 15.

M. Felizet	obtient :	27	voix.
M. Delorme	—	1	—
M. Demoulin	—	1	—

En conséquence, M. Felizet est nommé premier Secrétaire annuel.

Nomination du deuxième Secrétaire annuel.

Nombre de votants : 30. — Majorité : 16.

Premier tour.

M. Delorme	obtient :	11	voix.
M. Tuffier	—	12	—
M. Poirier	—	3	—
M. Picqué	—	2	—
M. Sebileau	—	1	—
M. Demoulin.	—	1	—

Deuxième tour.

Nombre de votants : 35. — Majorité : 18.

M. Delorme	obtient :	16	voix.
M. Tuffier	—	14	—
M. Poirier	—	3	—
M. Demoulin.	—	1	—
M. Rochard	—	1	—

Troisième tour.

Nombre de votants : 35. — Majorité : 18.

M. Delorme	obtient :	21	voix.
M Tuffier	—	11	—
M. Poirier	—	2	—
Bulletin blanc		1	—

En conséquence, M. Delorme est nommé deuxième Secrétaire annuel.

Nominations du Trésorier et de l'Archiviste.

Par acclamation M. Walther est maintenu dans les fonctions de trésorier, et M. Broca dans les fonctions d'archiviste.

Le Secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

POUR L'ANNÉE 1902

A

Pages.

B

Pages.

C

D

E

F

G

H

I

J

K

N

O

Pages.

P

R

S

T

Pages.

U

V

TABLE DES AUTEURS

POUR 1902

N

O

P

Q

R

S

T

V

W

Z

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.